



Offres individuelles santé & prévoyance

INOVA x KLESIA



KLÉSIA Mut'

Je suis salariée, je m'interroge sur ma couverture santé et prévoyance une fois à la retraite

”

KLESIA Mut' assure la continuité de votre protection, pour une retraite sereine et bien accompagnée

L'INDIVIDUEL CHEZ KLESIA



KLESIA

Assureur d'intérêt général

Être assureur d'intérêt général c'est répondre aux besoins et contraintes de chacun de nos clients, en construisant, ensemble, une protection qui vous ressemble.

Les offres individuelles : une continuité de service du collectif !



Ma Santé KLESIA

Mut'

Parcours digital*

**Il existe une offre alternative
(KSK KLESIA Santé KLE) pour les non digitaux*



Capital décès

Solutions obsèques

ASSUREUR et GESTIONNAIRE

KLESIA
Mut'



Découvrez nos solutions santé et prévoyance

KLESIA Mut', une mutuelle solide

Différents niveaux de garanties **conformes au 100% santé**, pensés pour répondre aux besoins de chacun et accompagner l'évolution de votre santé au fil des années.

KLESIA Mut', une mutuelle avantageuse

- Un **conseiller dédié** qui vous accompagne à tout moment
- **Aucune** avance de frais
- Une **assistance premium** en cas d'hospitalisation ou de maladie grave

KLESIA Mut', Nos services

R M A : Service d'Assistance offrant des solutions pour les adhérents et leurs familles.

ÉCOUTER VOIR : Un réseau d'opticien et d'audioprothésiste mutualistes sur le territoire pratiquant des prix maîtrisés.

BON PLANS : Plateforme 100% digitale qui offre des avantages pour les dépenses plaisir et loisirs.

KIPLIN : Application française de médecins offrant un accompagnement de santé personnalisé.

MIND : Application santé permettant aux adhérents de pratiquer des séances de méditation pour 59€

M'A DIET M'A DIT : Plateforme e-santé, accompagnement nutritionnel personnalisé.

SENIORADOM : Service de téléassistance à domicile qui aide à conserver son indépendance

NOS GARANTIES



NIVEAU 1

MondevisKLESIAMut.fr



	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
	Essentiel	Equilibre	Confort	Premium
SOINS COURANTS	● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ● ●
HOSPITALISATION	● ○ ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ● ●
OPTIQUE	● ● ○ ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ● ●
DENTAIRE	● ● ○ ○ ○	● ● ○ ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ● ●
MEDECINES DOUCES	○ ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○	● ● ● ○ ○	● ● ● ● ●
SERVICES	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●

Tarification – Selon âge et département

(adherent(e) et conjoint(e) de 63 ans / Enfant étudiant jusqu'à 27 ans)



ZONE A : 16, 24, 27, 41, 44, 60, 77...

Jean - 63 ans
Régime général

Essentiel

ASSURÉ	55,39€
CONJOINT(E)*	48,72€
ENFANT*	25,37€

Equilibre

ASSURÉ	78,36€
CONJOINT(E)*	69,40€
ENFANT*	36,22€

Confort

ASSURÉ	103,77€
CONJOINT(E)*	97,27€
ENFANT*	48,25€

Premium

ASSURÉ	156,36€
CONJOINT(E)*	139,59€
ENFANT*	73,10€



ZONE B : 14, 28, 41, 91, 93, 94, 95...

Anne - 63 ans
Régime général
ZONE B

Essentiel

ASSURÉ	61,61€
CONJOINT(E)*	54,32€
ENFANT*	28,29€

Equilibre

ASSURÉ	87,23€
CONJOINT(E)*	77,38€
ENFANT*	40,38€

Confort

ASSURÉ	115,55€
CONJOINT(E)*	102,87€
ENFANT*	53,80€

Premium

ASSURÉ	174,20€
CONJOINT(E)*	155,65€
ENFANT*	81,50€



ZONE C : 04, 05, 34, 54, 69, 75, 92...

Franck - 63 ans
Régime général
ZONE C

Essentiel

ASSURÉ	68,46€
CONJOINT(E)*	60,48€
ENFANT*	31,50€

Equilibre

ASSURÉ	96,98€
CONJOINT(E)*	86,15€
ENFANT*	44,96€

Confort

ASSURÉ	128,51€
CONJOINT(E)*	114,53€
ENFANT*	59,89€

Premium

ASSURÉ	193,81€
CONJOINT(E)*	173,30€
ENFANT*	90,75€

ZONE D : 06, 13, 20, 31, 48, 82, 83...

Marie - 63 ans
Régime général
ZONE D

Essentiel

ASSURÉ	75,03€
CONJOINT(E)*	66,65€
ENFANT*	34,70€

Equilibre

ASSURÉ	106,72€
CONJOINT(E)*	94,92€
ENFANT*	49,54€

Confort

ASSURÉ	141,47€
CONJOINT(E)*	126,20€
ENFANT*	66,00€

Premium

ASSURÉ	213,42€
CONJOINT(E)*	190,95€
ENFANT*	99,99€

LES AVANTAGES POUR INOVA



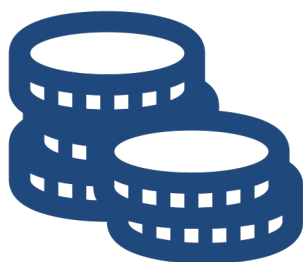
OFFRE PARRAINAGE

30€ pour le parrain / 30€ pour le filleul



RÉDUCTION DISPONIBLE TOUTE L'ANNÉE

10% sur la cotisation du conjoint quel que soit son âge pour toute adhésion simultanée ou dans 3 mois de l'adhésion de l'assurée



RÉDUCTION DISPONIBLE TOUTE L'ANNÉE

Gratuité de la cotisation dès le 3^{ème} enfant et plus

TOUTES LES PROMOTIONS SONT CUMULABLES !

ACCOMPAGNEMENT SUR MESURE



Une équipe de conseillers dédiée sur les solutions individuelles par téléphone uniquement.

22 TC (technico-commerciaux) principalement à Montreuil et Rennes

Une ligne dédiée : **09 72 72 37 36**
(appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 9h à 18h
Un mail de contact : mutuellesante@klesia.fr

COMMENT SOUSCRIRE ?

EN TOUTE AUTONOMIE

Besoin de tarifer ?

MondevisKLESIAMut'.fr



Cliquez ici

Devis finalisé ?

On vous contacte par mail ou téléphone
Précisez que vous venez d'INOVA pour bénéficier de tout les avantages

A L'AIDE D'UN CONSEILLÉ

Besoin d'un accompagnement ?

09.72.72.37.36

Précisez que vous venez d'INOVA pour bénéficier de tout les avantages

CONSTITUER SON DOSSIER DE SOUSCRIPTION ?

Effectuez votre signature électronique

Complétez votre dossier (RIB, Pièce d'identité, Attestation S.S, et certificat de radiation)



**ACCÉDEZ A VOTRE ESPACE CLIENT MA
SANTÉ KLESIA MUT'**

KIT À VOTRE DISPOSITION



➤ **Notre accompagnement en vidéo**



➤ **Retrouvez la présentation de nos offres individuelles santé**



GARANTIES MA SANTE KLESIA MUT'.pdf



Notice d'information MKM.pdf



Notice d'information assistance RMA.pdf



Bulletin Parrainage KLESIA Mut.pdf

➤ **Retrouvez la présentation de nos offres de prévoyance décès :**



Plaquette KPDC.pdf



Notice d'information KPDC.pdf



Flyer assistance KPDC.pdf



Conditions générale assistance KPDC.pdf

Les garanties incluent les prestations de la Sécurité sociale et autres organismes dans la limite des frais réels engagés.

CONTRAT INDIVIDUEL

Offre : Ma Santé KLESIA Mut' (MKM) 2023

Date d'effet : 01/07/2023

	Essentiel	Équilibre	Confort	Premium
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la Sécurité Sociale)	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la Sécurité Sociale)	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)				
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	-	30€ par an et par bénéficiaire	50€ par an et par bénéficiaire	100€ par an et par bénéficiaire
MATÉRIEL MÉDICAL INSCRIT À LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS (LPP)				
Matériel médical remboursé par la Sécurité Sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire) - Attelles, lits médicaux, accessoires...	100% BR	150% BR + 100€ par an et par bénéficiaire	200% BR + 150€ par an et par bénéficiaire	300% BR + 300€ par an et par bénéficiaire
AUTRES SOINS COURANTS				
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION				
HONORAIRES				
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SÉJOUR				
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
FORFAIT ACTES LOURDS				
Participation forfaitaire pour les actes lourds	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
FORFAIT PATIENT URGENCES				
Forfait Patient Urgences	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
AUTRES PRESTATIONS				
Chambre particulière (limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire)	30€	45€	60€	80€
Chambre particulière en ambulatoire par jour	20€	20€	35€	50€
Frais d'accompagnant par jour (dans la limite de 15 jours par an - adulte de plus de 65 ans ou enfant de moins de 12 ans)	20€	20€	35€	50€



DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage ...)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS ET PROTHÈSES «100 % SANTÉ»				
Soins et prothèses «100 % Santé» (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
PROTHÈSES				
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité Sociale à honoraires maîtrisés	100% BR dans la limite des honoraires limites de facturation	150% BR dans la limite des honoraires limites de facturation	200% BR dans la limite des honoraires limites de facturation	300% BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité Sociale à honoraires libres	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Parodontologie - Forfait par an par bénéficiaire	100€	150€	200€	300€
Implantologie	-	250€ par implant et par bénéficiaire , limité à 3 implants par an (pilier + implant)	350€ par implant et par bénéficiaire , limité à 3 implants par an (pilier + implant)	500€ par implant et par bénéficiaire , limité à 3 implants par an (pilier + implant)
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	-	-	400€ par an et par bénéficiaire	800€ par an et par bénéficiaire
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses «100 % Santé»)				
Plafond dentaire annuel par bénéficiaire pour les prothèses dentaires et l'implantologie. Au-delà du plafond, la prise en charge sera limitée au Ticket modérateur. Le calcul du plafond débute dès la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite tous les ans à cette même date	-	3 000 €	3 000 €	3 000 €
Prothèses dentaires (hors soins et prothèses «100 % Santé»)	-	Inclus	Inclus	Inclus
Implantologie	-	Inclus	Inclus	Inclus
OPTIQUE <i>Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.</i>				
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ (*)				
Monture + 2 verres de tous types de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B - PRIX LIBRES				
Équipement composé de deux verres « simples »	118€	176€	226€	248€
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « complexe »	159€	233€	297€	331€
Équipement composé de deux verres « complexes »	200€	290€	368€	414€
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « très complexe »	220€	323€	413€	450€
Équipement composé d'un verre « complexe » et un verre « très complexe »	261€	380€	484€	533€
Équipement composé de deux verres « très complexes »	322€	470€	600€	652€
Dont monture	30€	70€	100€	100€
PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100 % BR + 100€ par an et par bénéficiaire	100 % BR + 150€ par an et par bénéficiaire	100 % BR + 330€ par an et par bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	-	100 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	330 € par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE				
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale y compris implant oculaire de technologie avancée (forfait limité à 1 fois par oeil pour toute la durée de l'adhésion)	-	200€ par oeil et par bénéficiaire , limité à 1 fois par oeil pour toute la durée de l'adhésion	350€ par oeil et par bénéficiaire , limité à 1 fois par oeil pour toute la durée de l'adhésion	500€ par oeil et par bénéficiaire , limité à 1 fois par oeil pour toute la durée de l'adhésion
AIDE AUDITIVE <i>Limité à une aide auditive par oreille tous les 4 ans pour chaque oreille</i>				
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)				
Aide auditive remboursée par la Sécurité Sociale (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES <i>Au 1er janvier 2021, la prise en charge totale est limitée à 1 700 € / aide auditive</i>				
Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale - Classe II	100% BR	100 % BR + 150€ par appareil	100 % BR + 250€ par appareil	100 % BR + 450€ par appareil
ACCESSOIRES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Petits accessoires auditifs (piles...)	100% BR	15€ par an et par bénéficiaire	20€ par an et par bénéficiaire	30€ par an et par bénéficiaire

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE				
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE	-	30 €/consultation , dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 €/consultation , dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	50 €/consultation , dans la limite de 6 séances par an et par bénéficiaire
Homéopathie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Acupuncture	-	Inclus	Inclus	Inclus
Ostéopathie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Chiropractie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Diététique	-	Inclus	Inclus	Inclus
Nutritionniste	-	Inclus	Inclus	Inclus
Naturopathie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Etiopathie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Sophrologie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Psychomotricité	-	Inclus	Inclus	Inclus
Réflexologie	-	Inclus	Inclus	Inclus
Pédicurie Podologie	-	Inclus	Inclus	Inclus
FORFAIT GLOBAL PRÉVENTION	-	-	140€ par an et par bénéficiaire	170€ par an et par bénéficiaire
Tests de dépistage prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale et autotests	-	-	Inclus	Inclus
Forfait global vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-	-	Inclus	Inclus
Densitométrie osseuse prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	Inclus	Inclus
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT	-	-	50 € par an et par bénéficiaire	120 € par an et par bénéficiaire
DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (forfait honoraires, transport, hébergement)	100 % BR	100 % BR + 150€ par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200€ par an et par bénéficiaire	100 % BR + 350€ par an et par bénéficiaire
NAISSANCE - ADOPTION				
Chambre particulière par jour	30€	45€	60€	80€
Forfait par enfant	-	150€	200€	300€
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE				
Assistance RMA	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

SS : Sécurité sociale

*Tels que définis réglementairement. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

La base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie.

Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : les remboursements incluent la prise en charge de la Sécurité sociale.

Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

NOTICE D'INFORMATION

MA SANTE KLESIA MUT'

Contrat K040

Version en vigueur au 1er janvier 2024



Sommaire

Définitions	3
Dispositions générales	5
Partie 1 - Généralités	5
Article 1 - Objet et nature du contrat	5
Article 2 - Base légale	5
Article 3 - Contrat responsable.....	5
Article 4 - Autorité de contrôle de la Mutuelle.....	5
Article 5 - Prescription	6
Article 6 - Fausse déclaration.....	6
Article 7 - Réclamation et médiation.....	6
Article 8 - Protection des données personnelles	7
Article 9 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	9
Article 10 - Lutte contre la fraude à l'assurance	9
Article 11 - Relation contractuelle numérique.....	9
Partie 2 - Adhésion des assurés	10
Article 12 - Conditions d'adhésion.....	10
Article 13 - Bénéficiaires.....	10
Article 14 - Modalités d'adhésion.....	10
Article 15 - Souscription en ligne.....	11
Article 16 - Renonciation	11
Article 17 - Date d'effet - Durée.....	12
Article 18 - Choix de la formule - changement de formule	12
Article 19 - Résiliation.....	12
Partie 3 - Cotisations	13
Article 20 - Montant des cotisations	13
Article 21 - Paiement des cotisations	13
Article 22 - Révision des cotisations.....	13
Partie 4 - Prestations	14
Article 23 - Définition des prestations	14
Article 24 - Montant des prestations.....	17
Article 25 - Paiement des prestations.....	18
Article 26 - Bon de prise en charge	18
Article 27 - Tiers-payant	18
Article 28 - Modification des prestations.....	18
Article 29 - Subrogation.....	18
Article 30 - Contrôle médical	18
Article 31 - Événements exclus.....	19
Annexe 1 - Protection de vos données personnelles	21
Annexe 2 : Tableau des garanties	24

Définitions

100 % Santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Assuré ou adhérent

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

Ayant droit

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

Base de Remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

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

Bénéficiaire

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

Cotisations

Contribution des assurés versée à la Mutuelle en contrepartie de son engagement.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

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

Dépassement d'honoraires

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

Franchises médicales

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

Forfait journalier ou hospitalier

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

Frais réels

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

Garantie

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

Honoraires de dispensation

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

Honoraire limite de facturation

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

Maladie

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

Parcours de soins coordonnés

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

Prestation

Exécution des garanties par la Mutuelle.

Prix limite de vente

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

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

Ticket modérateur

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

Dispositions générales

Partie 1 - Généralités

Article 1 - Objet et nature du contrat

MA SANTE KLESIA MUT' est un contrat collectif à adhésion facultative frais de santé souscrit par l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK », association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, située 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS, auprès de KLESIA Mut', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, située 4, rue Georges Picquart - 75017 Paris.

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

Vous bénéficiez également d'une garantie d'assistance qui fait l'objet d'une documentation spécifique.

Article 2 - Base légale

Le contrat **MA SANTE KLESIA MUT'** est régi par les dispositions du Code de la mutualité et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat sera du ressort des tribunaux français.

Article 3 - Contrat responsable

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

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.160-13 -2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Article 4 - Autorité de contrôle de la Mutuelle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

Article 5 - Prescription

Toutes les actions dérivant des contrats sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission ou fausse déclaration, qu'à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

Article 6 - Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie qui vous est accordée est nulle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

Les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

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

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

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

Article 7 - Réclamation et médiation

Les demandes de service, de prestations, d'information ou d'avis ne sont pas des réclamations et doivent être transmises au gestionnaire du contrat dont l'adresse figure ci-dessous.

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

A défaut, vous pouvez également transmettre votre réclamation sur papier libre à l'adresse suivante :

**KLESIA MUT' TSA 70011
75128 PARIS Cedex 11
Tel : 01.53.38.18.88**

La Mutuelle s'engage à :

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

Conformément à l'article 3 de la Charte de médiation de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) dont la Mutuelle est adhérente, si la réponse ne vous satisfait pas, ou en l'absence de réponse dans un délai de 2 mois, vous pouvez saisir le Médiateur de la FNMF dans le délai maximal d'un an à compter de la réclamation écrite.

Par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

sur le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

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

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

Article 8 - Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie à la Mutuelle, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Mut', entité du Groupe KLESIA, située au 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris, en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. À défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Mut' sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

8.1. Les finalités de la collecte de vos données personnelles

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

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

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

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

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

8.2. Le traitement de vos données de santé

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

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

8.3. Les décisions automatisées et le profilage

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

8.4. Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Mut', vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau en annexe.

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

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

8.6. Les durées de conservation de vos données personnelles

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

8.7. Vos droits

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

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

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

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

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

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

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

8.8. L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Mut'

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

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Mut', vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

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

8.9. Réclamation auprès de la CNIL

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

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

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

Article 10 - Lutte contre la fraude à l'assurance

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

Article 11 - Relation contractuelle numérique

L'ensemble des relations relatives à ce contrat s'effectue exclusivement par voie électronique. En conséquence, ni l'assuré, ni les Bénéficiaires ne pourront plus bénéficier des possibilités prévues par l'article L.221-6-5 du code de la mutualité soit :

- **S'opposer à cette relation électronique à tout moment.**
- **Demander un retour au support papier.**

Par ailleurs, cette relation suppose de consentir aux Conditions Générales d'Utilisation des espaces digitalisés.

Partie 2 - Adhésion des assurés

Article 12 - Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat est réservée aux personnes :

- domiciliées en France métropolitaine,
- qui relèvent d'un régime obligatoire de Sécurité sociale française,
- et qui sont membres de l'APGK.

Les assurés adhèrent individuellement à l'APGK et sont regroupés au sein de la Mutuelle dans la section des membres par adhésion à un contrat souscrit par l'APGK auprès de la Mutuelle.

L'adhésion au contrat ne requiert aucune formalité médicale.

Article 13 - Bénéficiaires

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

- votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS,
- vos enfants, ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, âgés de :
 - moins de 18 ans,
 - moins de 21 ans s'ils finissent leur cycle secondaire,
 - moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études supérieures ou s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée.

Ajout d'un ayant droit

La modification est prise en compte le premier jour du mois suivant la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par vous sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle.

Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prendra effet au jour de l'événement sous réserve que la demande soit faite moins de deux mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

Radiation d'un ayant droit

La modification est prise en compte le jour de réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par vous, sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle.

Article 14 - Modalités d'adhésion

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

Vous joignez à votre demande :

- les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au remboursement de vos prestations (RIB, mandat de prélèvement SEPA),
- une copie de votre attestation Vitale et de celle(s) de chaque personne bénéficiaire,
- le devoir de conseil signé,
- le cas échéant, un certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite (pour ne pas vous voir appliquer de délai de carence).

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, pourront être demandés :

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

Après acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, vous recevez un certificat d'adhésion sur lequel figurent :

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

À la date d'effet de l'adhésion, vous devenez membre participant de la Mutuelle.

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

Article 15 - Souscription en ligne

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

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

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

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

Dès la validation de l'adhésion au contrat, un courrier électronique comportant un lien vers votre espace personnel vous donnant accès à la demande d'adhésion signée et la notice d'information vous est adressé.

Votre espace personnel vous permet d'accéder aux documents contractuels que vous pouvez consulter ou télécharger.

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

Convention de preuve :

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

- l'adresse mail que vous avez communiquée vous appartient et vous identifie personnellement,
- la validation de l'adhésion au contrat dans l'espace internet dédié, au moyen du code confidentiel envoyé par la Mutuelle sur votre téléphone portable et matérialisé sur la demande d'adhésion vaut expression de votre consentement à l'adhésion au contrat,
- l'accès à l'ensemble de vos documents signés, confirmant la validation par Internet de l'adhésion au contrat, adressé par la Mutuelle, font foi entre les parties,
- les procédés mis en place par la Mutuelle, ou ses prestataires, pour assurer l'intégrité et la conservation des documents font foi entre les parties.

Article 16 - Renonciation

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

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L 222-6 code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle vous avez été informée que l'adhésion a pris effet.

Vous pouvez exercer ce droit via votre espace personnel en utilisant la fonctionnalité prévue à cet effet ou par lettre ou tout autre support durable, dans les termes suivants :

« Je soussigné(e), (NOM, Prénom), déclare renoncer à mon adhésion au contrat **MA SANTE KLESIA MUT'** et demande le remboursement des cotisations versées.

Le (date) (signature) »

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

Article 17 - Date d'effet - Durée

La date d'effet de votre adhésion au contrat est mentionnée sur votre certificat d'adhésion. Vous pouvez demander le remboursement des frais de santé engagés à partir de cette date. L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an.

Article 18 - Choix de la formule - changement de formule

Lors de votre adhésion, vous pouvez choisir une des quatre formules proposées.

Changement de formule à la hausse :

La première année d'adhésion, vous pouvez choisir une formule directement supérieure à votre choix initial en cas de changement dans votre situation familiale, avec prise d'effet le 1er jour du mois qui suit la date de réception de votre demande.

Après un an d'adhésion, vous pouvez choisir une formule supérieure avec prise d'effet le 1er jour du mois qui suit la date de réception de votre demande.

Changement de formule à la baisse :

La première année d'adhésion, vous pouvez choisir une formule directement inférieure à votre choix initial en cas de changement dans votre situation familiale, avec prise d'effet le 1er jour du mois qui suit la date de réception de votre demande.

Après un an d'adhésion, vous pouvez choisir une formule inférieure avec prise d'effet le 1er jour du mois qui suit la date de réception de votre demande.

Vous recevrez un nouveau certificat d'adhésion.

Article 19 - Résiliation

La résiliation de l'adhésion intervient :

À votre initiative :

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

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- **À l'échéance du contrat**, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- **Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de l'adhésion en vous précisant sa date d'effet. Celle-ci sera effective un mois après réception par la Mutuelle de votre notification.
- **Si vous produisez une attestation de votre employeur précisant votre obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de votre entreprise**, à tout moment. La Mutuelle se réserve le droit de vous demander un justificatif. Dans ce cas, la résiliation prend effet à la date d'adhésion au régime collectif de votre entreprise, sous réserve que vous en ayez informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. À défaut, la résiliation prendra effet au premier jour du mois de réception de la notification.

- **Si vous refusez la modification du contrat par la Mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties)** dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

À l'initiative de la Mutuelle :

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle peut résilier votre adhésion 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée restée sans effet, conformément aux dispositions de l'article 21.

Partie 3 - Cotisations

Article 20 - Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées, pour chaque exercice civil, en fonction de l'âge atteint par chaque bénéficiaire du contrat calculé par différence de millésimes, en fonction de votre régime d'assurance maladie et de votre lieu de résidence, selon le barème en vigueur.

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

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

Article 21 - Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel soit par carte bancaire.

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

Les cotisations des contrats **MA SANTE KLESIA MUT'** s'ajoutent aux droits d'adhésion annuels à l'APGK.

Ces frais sont précisés sur la demande d'adhésion.

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

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

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

Article 22 - Révision des cotisations

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

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

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

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

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

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

Partie 4 - Prestations

Article 23 - Définition des prestations

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

Soins courants

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

La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation. Elle couvre aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale. Pour plus d'informations sur ce dispositif, vous pouvez consulter le site d'information « monpsy.sante.gouv.fr ».

Hospitalisation

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

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

La participation forfaitaire sur les « actes lourds » et le Forfait Patient Urgences sont intégralement remboursés.

Naissance et adoption

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, le contrat peut prévoir, selon la formule choisie, le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

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

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

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

Cette prise en charge concerne :

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

Équipement optique prix libres (classe B)

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

Équipement mixte classes A et B

Le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un

strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

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

Périodicité de prise en charge

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

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

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

Conditions de renouvellement anticipé

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

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

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

Chirurgie réfractive

La prestation prévue, le cas échéant, pour la chirurgie réfractive n'est valable que pour une seule intervention par œil pendant la durée de l'adhésion.

Dentaire

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

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

Soins et prothèses du panier 100 % santé

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

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

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

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

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

Synthèse des paniers de soins dentaires

Panier 100 % santé	Panier honoraires maîtrisés	Panier honoraires libres
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircon) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur 2 ^e prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircon) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Plafond dentaire

Si votre garantie prévoit un plafond annuel par bénéficiaire, celui-ci correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année pour les dépenses de prothèses dentaires et d'implant et ne concerne que les actes compris dans les paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte du plafond annuel, la garantie prendra en charge le ticket modérateur.

Le calcul du plafond débute dès la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite tous les ans à cette même date.

Orthodontie remboursée et non remboursée

Le cas échéant, le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Aides auditives

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

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

Équipement 100 % santé (classe I)

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

Aides auditives à prix libres (classe II)

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

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

Piles et accessoires

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

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Frais engagés à l'étranger

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

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

Assistance

En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de la Mutuelle, vous bénéficiez de garanties d'assistance. Un document définissant les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont mis à votre disposition.

Article 24 - Montant des prestations

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

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

Délai de carence :

Si vous ne pouvez pas fournir un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à une précédente garantie santé, inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion, un délai de carence sera appliqué sur certaines prestations pendant les 6 premiers mois qui suivent votre adhésion :

- Soins courants : le remboursement des honoraires médicaux, paramédicaux, des actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, des actes techniques médicaux, des actes d'imagerie, des analyses et examens de laboratoire, du matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations est limité au montant du ticket modérateur et le forfait médicaments prescrits non remboursés par Sécurité sociale n'est pas remboursé.
- Hospitalisation : le remboursement des honoraires et des frais de séjour est limité au montant du ticket modérateur. La chambre particulière et les frais d'accompagnant ne sont pas remboursés.
- Optique : le remboursement des montures et verres de lunettes, des lentilles de contact et de la prestation d'adaptation est limité au ticket modérateur. La chirurgie réfractive n'est pas remboursée.
- Dentaire : le remboursement des soins et prothèses dentaires et des traitements orthodontiques est limité au ticket modérateur. L'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, l'implantologie et la parodontologie ne sont pas prises en charge.
- Aides auditives : le remboursement des aides auditives et des accessoires est limité au ticket modérateur.
- Aucune prestation de prévention et médecine douce n'est remboursée.
- Divers : la chambre particulière en maternité, le forfait maternité ou adoption et les cures thermales ne sont pas remboursés.

Ces restrictions ne s'appliquent pas aux équipements optiques, auditifs et dentaires qui font partie des paniers 100 % santé.

Article 25 - Paiement des prestations

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

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

Article 26 - Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, la Mutuelle peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, la Mutuelle règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

Article 27 - Tiers-payant

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

A réception de la carte permettant de bénéficier du tiers payant, le Participant doit vérifier l'exactitude des informations. Lors de la cessation de son affiliation ou de celle de l'un de ses bénéficiaires, cette carte n'est plus valable et ne doit plus être utilisée. A défaut, le Participant sera redevable des prestations indûment versées.

Article 28 - Modification des prestations

La Mutuelle peut modifier les prestations en cas de modifications législatives ou réglementaires.

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

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

Article 29 - Subrogation

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

Article 30 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, la Mutuelle peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical. Si vous contestez les conclusions du médecin mandaté par la Mutuelle relatives à votre état de santé, vous pouvez vous faire assister de votre médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

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

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du Tribunal judiciaire du ressort de la Mutuelle. L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

Article 31 - Événements exclus

Sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par la Mutuelle :

- les actes hors nomenclature,
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale,
- les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables,
- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale,
- les interventions et soins esthétiques, sauf s'ils sont la conséquence d'un événement garanti et sont pris en charge par la Sécurité sociale,
- le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux,
- la chambre particulière en psychiatrie.

Documents nécessaires au règlement des prestations

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

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

Nature des frais	Pièces justificatives
Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, diététique, nutrition, pédicurie/podologie, sophrologie, homéopathie, naturopathie, réflexologie, psychomotricité (seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien
Actes du forfait global prévention non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Facture originale détaillée et acquittée Prescription médicale (tests de dépistage, vaccins, densitométrie osseuse)
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> Facture originale détaillée et acquittée

GRILLE OPTIQUE

Verres simples	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Verres complexes	Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Annexe 1 - Protection de vos données personnelles

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	<p>Contrat d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat de la fin du contrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat, • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>	<p>Les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge,</p> <ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée, les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment, la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, les autorités de contrôle compétentes, les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilités
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	<p>Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités du Groupe KLESIA les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques, les services chargés du contrôle, les sous-traitants et les partenaires, les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
Intérêt légitime du responsable de traitement	<p>la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA</p>	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres, les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude, les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne, les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs, le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux, le personnel habilité des sous-traitants, les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels, l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige, les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations, s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation	Destinataires
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<p>les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques,</p> <ul style="list-style-type: none"> les services chargés du contrôle, les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures, les entités du Groupe KLESIA, les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques, les services chargés du contrôle, les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures, les entités du Groupe KLESIA, les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

Annexe 2 : Tableau des garanties

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévus règlementairement hors parcours de soins coordonnés.

	Essentiel	Equilibre	Confort	Premium
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes (y compris téléconsultation remboursée par la Sécurité sociale)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)				
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP)				
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale (hors prothèses auditives et dentaires) - attelles, lits médicaux, fauteuil roulant...	100 % BR	150 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	200 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	300 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
AUTRES SOINS COURANTS				
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION				
HONORAIRES				
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR

	Essentiel	Equilibre	Confort	Premium
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier	Prise en charge intégrale			
FRAIS DE SÉJOUR				
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS ET FORFAIT PATIENT URGENCES				
Participation forfaitaire pour les actes lourds	Prise en charge intégrale			
Forfait Patient Urgences	Prise en charge intégrale			
AUTRES PRESTATIONS				
Chambre particulière (limitée à 90 jours / an / bénéficiaire)	30 € / jour	45 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	20 € / jour	20 € / jour	35 € / jour	50 € / jour
Frais d'accompagnant adulte de plus de 65 ans et enfant de moins de 12 ans (limité à 15 jours / an)	20 € / jour	20 € / jour	35 € / jour	50 € / jour
OPTIQUE – Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles				
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ *				
Monture + 2 verres de tous types de classe A *	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B – PRIX LIBRES				
Équipement composé de deux verres « simples »	118 €	176 €	226 €	248 €
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « complexe »	159 €	233 €	297 €	331 €
Équipement composé de deux verres « complexes »	200 €	290 €	368 €	414 €
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « très complexe »	220 €	323 €	413 €	450 €
Équipement composé d'un verre « complexe » et un verre « très complexe »	261 €	380 €	484 €	533 €
Équipement composé de deux verres « très complexes »	322 €	470 €	600 €	652 €
Dont monture	30 €	70 €	100 €	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
LENTILLES				
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 330 € / an / bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	-	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	330 € / an / bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE				
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale y compris implant oculaire de technologie avancée - Limité à 1 fois par œil pour toute la durée de l'adhésion	-	200 € / œil / bénéficiaire	350 € / œil / bénéficiaire	500 € / œil / bénéficiaire

	Essentiel	Equilibre	Confort	Premium
DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ *				
Soins et prothèses 100 % santé *	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation			
PROTHÈSES				
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale à honoraires maîtrisés	100 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	150 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	200 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	300 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale à honoraires libres	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Implantologie (pilier + implant) – Limité à 3 implants / année civile	-	250 € / implant / bénéficiaire	350 € / implant / bénéficiaire	500 € / implant / bénéficiaire
Parodontologie	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	400 € / an / bénéficiaire	800 € / an / bénéficiaire
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses 100 % santé)				
Plafond dentaire annuel par bénéficiaire pour les prothèses dentaires et l'implantologie. Au-delà du plafond, la prise en charge sera limitée au TM. Le calcul du plafond débute dès la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite tous les ans à cette même date.	-	3000 €	3000 €	3000 €
AIDES AUDITIVES - Limité à une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille				
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ *				
Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale – Classe I	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
ÉQUIPEMENT PRIX LIBRES – La prise en charge totale est limitée à 1 700 € / aide auditive				
Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale – Classe II	100 % BR	100 % BR + 150 € / appareil	100 % BR + 250 € / appareil	100 % BR + 450 € / appareil
ACCESSOIRES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Petits accessoires auditifs (piles...)	100 % BR	15 € / an / bénéficiaire	20 € / an / bénéficiaire	30 € / an / bénéficiaire
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, diététique, nutritionniste, pédicurie-podologie, sophrologie, homéopathie, naturopathie, réflexologie, psychomotricité	-	30 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	40 € / séance dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire	50 € / séance dans la limite de 6 séances / an / bénéficiaire
Forfait prévention Tests de dépistage prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale et autotests Forfait global vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale Densitométrie osseuse prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	140 € / an / bénéficiaire	170 € / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique prescrit	-	-	50 € / an / bénéficiaire	120 € / an / bénéficiaire

	Essentiel	Equilibre	Confort	Premium
DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (forfait honoraires / transport / hébergement)	100 % BR	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 200 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 350 € / an / bénéficiaire
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
NAISSANCE / ADOPTION				
Forfait maternité naissance / adoption	-	150 € / enfant	200 € / enfant	300 € / enfant
Chambre particulière	30 € / jour	45 € / jour	60 € / jour	80 € / jour
ASSISTANCE				
Assistance RMA	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

* Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique). La base de remboursement retenue est celle du tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie / SS : Sécurité sociale / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.



KLESIA Mut' vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Guidés par des convictions mutualistes, nous concevons des solutions pensées pour vous aider à préserver votre santé et votre bien-être, au quotidien. Vous bénéficiez ainsi d'un accompagnement qui vous permet de vous concentrer sur l'essentiel : VOUS ET VOS PROCHES.

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



Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel klesiamut.fr

Et rejoignez-nous sur



Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK », association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, située 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS

KLESIA Mut', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, située 4, rue Georges Picquart - 75017 Paris

L'Adhèrent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhèrent.

▶ DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhèrent ayant un contrat « Ma Santé KLESIA Mut' » auprès de KLESIA Mut',
- ses ayants droit.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties du contrat « Ma Santé KLESIA Mut' » de KLESIA Mut'.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhèrent auprès de KLESIA Mut', aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement^o en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour les prestations "Transfert de corps en cas de décès" et "Transfert médical").

^o Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

*Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivant et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation dès l'ambulatorie,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- l'accompagnement des patients souffrant d'un cancer,
- une situation d'aidant,
- le décès,

survenant au Bénéficiaire.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire une assistance et/ou un accompagnement qui correspond(ent) le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7
par téléphone :

▶ N°Cristal 09 74 75 25 78

APPEL NON SURTAXE

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :
par téléphone : 00 33 9 74 75 25 78

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhèrent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.

Pour le transfert de corps en cas de décès, le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La ou les prestations pourront donc être inférieures aux plafonds indiqués.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur. Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.



[Retour sommaire](#)

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la mutuelle et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut-être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe

médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite) ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Domages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- l'accompagnement des patients souffrant d'un cancer,
- une situation d'aidant,
- le décès.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérées comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement 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.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutives à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le Bénéficiaire ne peut disposer d'aucun soutien de proximité. La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Immunothérapie : traitement destiné à augmenter ou à provoquer l'immunité de l'organisme par l'injection d'anticorps ou d'antigènes.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maladie soudaine à l'étranger : désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le Bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Pays de séjour : pays dans lequel le Bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie, radiothérapie ou immunothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans. Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.



ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIENS PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ ET D'IMMOBILISATION

16. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la ou les prestations adaptées à ses besoins dans la limite des plafonds mentionnés pour chacune des prestations. Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 20 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) l'une ou les prestations de Bien-être et de Soutien suivantes à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 100 euros TTC :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou d'une immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

18. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs :

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance KLESIA MUT¹ - à l'attention du médecin-conseil 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.** L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus** (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs :

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place :

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

19. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de

l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

20. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à **concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits**. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à **concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits**. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES SUIVIS EN ONCOLOGIE

21. A L'ANNONCE DE LA MALADIE

A l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller suite à cette annonce.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

A l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose, en complémentarité du dispositif d'annonce mis en place dans les établissements, la mise en relation avec une équipe médicale qui pourra reprendre si nécessaire le vocabulaire spécifique, le rôle des différents soignants, la nature des examens prescrits...

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

L'Assisteur propose un accompagnement psychologique sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels assurés par une équipe de psychologues.

A l'annonce de la maladie, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une écoute thérapeutique face aux appréhensions,
- une compréhension des mécanismes psychiques en jeu,
- une aide pour l'annonce du diagnostic aux proches...

L'Assisteur propose également un accompagnement pour de nouvelles habitudes de vie (addictions à un produit).

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

L'Assisteur propose un accompagnement social sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels assurés par une équipe de travailleurs sociaux (Assistant(e)s de service social et Conseiller(e)s en Economie Sociale et Familiale).

A l'annonce de la maladie, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative,
- anticiper les conséquences sociales et financières de la maladie,
- favoriser l'organisation familiale en tenant compte des rendez-vous médicaux...

22. PENDANT TOUTE LA DURÉE DU TRAITEMENT

Pendant toute la durée du traitement, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller tout au long du parcours de soins.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

Durant toute la durée du protocole de soins, l'Assisteur propose un accompagnement médical permettant d'accéder facilement et rapidement à des médecins experts sur le problème de santé rencontré pour lui apporter les conseils et le soutien nécessaires.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la gestion des émotions,
- un soutien aux relations familiales,
- des séances de relaxation...

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions pour limiter les surcoûts liés à la maladie,
- organiser et rechercher les financements pour le soutien à la vie quotidienne,
- informer et soutenir les proches dans leurs droits en tant qu'aidants...

D. SOUTIEN AU QUOTIDIEN

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 4 fois 2 heures durant les 3 semaines qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie ou d'immunothérapie, à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

E. SERVICES PERSONNALISÉS POUR FACILITER LE BIEN-ÊTRE ET LE CONFORT DE VIE

En complément, pour apporter du bien-être et un vrai confort de vie pendant la durée du traitement et permettre au Bénéficiaire de se concentrer sur sa guérison, l'Assisteur met à disposition un panier de services de 1000 euros TTC par année et met en place ou prend en charge sur justificatif la ou les prestations adaptées à ses besoins après évaluation de la situation, parmi celles proposées ci-dessous :

- accès et financement d'une inscription à un réseau d'entraide, un réseau entre pairs,
- accompagnement des enfants à l'école ou aux activités extra-scolaires,
- acquisition de matériel paramédical,
- activité de loisirs adaptée à la situation,
- aide aux devoirs,
- auxiliaire de vie,
- coaching activité physique adaptée,
- coaching nutrition,
- diagnostic d'aménagement du domicile par un ergothérapeute,
- entretien du linge,
- garde des animaux,
- garde des enfants ou des personnes dépendantes à charge,
- livraison de courses alimentaires (les courses restent à la charge du Bénéficiaire),
- petit jardinage / bricolage,
- portage de repas,
- présence d'un proche au chevet,
- séance de thérapie de groupe ou familiale,
- soins socio-esthétiques (coiffure, pédicure, prothésiste capillaire...)

23. A LA FIN DU PROTOCOLE DE SOINS

Lorsque le protocole de soins est terminé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

A la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), l'Assisteur assure la mise en relation avec un médecin qui apportera des informations de prévention santé (reprise d'une activité physique adaptée, alimentation, sommeil...).

En complément, l'Assisteur propose l'accès à un suivi nutritionnel pour adopter des habitudes alimentaires en prévention des facteurs de risque.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

A la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide au réinvestissement adapté de la vie familiale et sociale,
- un soutien pour appréhender le retour à la vie professionnelle,
- un accompagnement à l'adaptation au nouvel état de santé.

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

A la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter le retour à l'emploi,
- réinvestir progressivement la vie familiale et sociale,
- faire valoir ses droits en cas d'invalidité ou de handicap...

D. SERVICES PERSONNALISÉS POUR FACILITER LA CONVALESCENCE

En complément, pour permettre au Bénéficiaire de se concentrer sur sa convalescence, l'Assistance met à disposition un panier de services de 500 euros TTC dans l'année qui suit la fin du protocole de soins ou la rémission et met en place ou prend en charge sur justificatif la ou les prestations adaptées à ses besoins après évaluation de la situation, parmi celles proposées ci-dessous :

- accès et financement d'une inscription à un réseau d'entraide, un réseau entre pairs,
- accompagnement des enfants à l'école ou aux activités extra-scolaires,
- acquisition de matériel paramédical,
- activité de loisirs adaptée à la situation,
- aide aux devoirs,
- auxiliaire de vie,
- coaching activité physique adaptée,
- coaching nutrition,
- diagnostic d'aménagement du domicile par un ergothérapeute,
- entretien du linge,
- garde des animaux,
- garde des enfants ou des personnes dépendantes à charge,
- livraison de courses alimentaires (les courses restent à la charge du Bénéficiaire),
- petit jardinage / bricolage,
- portage de repas,
- présence d'un proche au chevet,
- séance de thérapie de groupe ou familiale,
- soins socio-esthétiques (coiffure, pédicure, prothésiste capillaire...)

24. EN FIN DE VIE

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur met à disposition un médecin qui expliquera les conditions de prise en charge palliative et des différents types d'hospitalisation possible. Des informations sur les traitements non médicamenteux pouvant agir sur l'état physique et moral du patient.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la verbalisation des émotions,
- des séances de relaxation,
- un accompagnement spécifique à destination des proches...

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter l'adaptation du domicile,
- rechercher des financements pour des frais annexes à l'Hospitalisation à domicile (HAD),
- informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou d'expression des souhaits du patient en fin de vie...

D. SERVICES PERSONNALISÉS POUR ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

Pour faciliter l'accompagnement de fin de vie du Bénéficiaire, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place ou prend en charge sur justificatif la ou les prestations adaptées **dans la limite d'un panier de services de 500 euros TTC maximum pour accompagner la fin de vie :**

- abonnement à un dispositif de téléassistance,
- accès et financement d'une inscription à un réseau d'entraide, un réseau entre pairs,
- accompagnement des enfants à l'école ou aux activités extra-scolaires,
- acquisition de matériel paramédical,
- aide aux devoirs,
- auxiliaire de vie,
- coaching activité physique adaptée,
- coaching nutrition,
- diagnostic d'aménagement du domicile par un ergothérapeute,
- écriture et recueil des mémoires/souvenirs,
- entretien du linge,
- entretien avec un professionnel de santé,
- garde des animaux,
- garde des enfants ou des personnes dépendantes à charge,
- livraison de courses alimentaires (**les courses restent à la charge du Bénéficiaire**),
- petit jardinage / bricolage,
- portage de repas,
- présence d'un proche au chevet,
- séance de thérapie de groupe ou familiale,
- soins socio-esthétiques (coiffure, pédicure, prothésiste capillaire...)



PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

25. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

À tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues **dans la limite de 10 entretiens par année civile**,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

26. ASSISTANCE PREVENTIVE

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Afin d'accompagner au mieux le binôme Aidant-Aidé dans l'année de l'entrée en situation d'Aidant, l'Assistance organise et prend en charge (sur justificatif) la mise en place des prestations d'assistance qui correspondent le mieux aux besoins du Binôme Aidant-Aidé dans la limite d'une enveloppe financière de 500 euros TTC.

Le binôme Aidant-Aidé avec le référent de l'Assistance déterminent la/les prestations adaptées à la situation et aux besoins ; elles sont cumulables entre elles, dans la limite du plafond mentionné ci-dessus.

A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat.

B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et d'abonnement ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone.

D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT

- la mise en place d'une présence responsable ;
- la mise en place d'un portage de repas.

Les prestations proposées ci-dessus aux paragraphes 26.A, 26.B, 26.C et 26.D sont définies selon les besoins du Bénéficiaire et sont cumulables entre elles, dans la limite de l'enveloppe financière mentionnée et dans la limite d'une seule fois par année civile.

27. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé...
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

En complément, lors d'une situation de crise telle que décrite ci-dessus, **l'Assistance organise et prend en charge (sur justificatif) la mise en place des prestations d'assistance qui correspondent le mieux aux besoins du Binôme Aidant-Aidé dans la limite d'une enveloppe financière de 500 euros TTC par situation de crise et dans la limite de 3 crises par an.**

Le binôme Aidant-Aidé avec le référent de l'Assistance déterminent la/les prestations adaptées à la situation et aux besoins ; elles sont cumulables entre elles, dans la limite du plafond mentionné ci-dessus.

A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, **l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place (sur justificatif) la ou les prestations adaptées à ses besoins et proposées ci-dessous, permettant de faciliter le retour au domicile :**

- une prestation d'aide à domicile,
- une ou plusieurs prestations de Bien-être et de Soutien, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition,



- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B. EPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place (sur justificatif) la ou les prestations adaptées à ses besoins et proposées ci-dessous :

- une prestation de garde de nuit à domicile,
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles,**
- l'organisation d'un accueil de jour, **dans la limite des places disponibles,**

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place (sur justificatif) la ou les prestations adaptées à ses besoins et proposées ci-dessous, permettant de faciliter le retour au domicile :

- une prestation d'aide à domicile,
- une ou plusieurs prestations de Bien-être et de Soutien, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition,
- une prestation de garde de nuit à domicile,
- une prestation d'ergothérapeute,

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

Les prestations proposées ci-dessus aux paragraphes 27.A, 27.B, et 27.C sont définies selon les besoins du Bénéficiaire et sont cumulables entre elles, dans la limite de l'enveloppe financière mentionnée.

28. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

Lorsque le rôle d'Aidant prend fin, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur se tient à la disposition de l'Aidant pour le soutenir face à ce changement tant pour un soutien psychologique que pour une aide administrative et juridique.

En complément, pour aider l'aidant à retrouver sa vie, souvent mise entre parenthèse, l'Assistance organise et prend en charge (sur justificatif) la mise en place des prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins dans la limite d'une enveloppe financière maximum de 500 euros TTC et dans l'année qui suit la fin de son rôle d'Aidant.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club.

B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur prend en charge :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien.

Les prestations proposées ci-dessus aux paragraphes 28.A et 28.B, sont définies selon les besoins du Bénéficiaire et sont cumulables entre elles, dans la limite de l'enveloppe financière mentionnée.

29. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques. Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir. Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. Bénéficiaires » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres. Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

C. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

D. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée. La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux).

E. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

30. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS EN FRANCE

A. AVANCE DE FONDS

Si l'un des autres Bénéficiaires ou les proches du Bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC**, pour les frais d'obsèques. Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

B. LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Lors du décès d'un Bénéficiaire en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance et met en place pour l'un des autres Bénéficiaires la ou les prestations adaptées à ses besoins et proposées ci-dessous, dans la limite d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum,

- une aide à domicile pour l'un des autres Bénéficiaires, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes ;

- une ou plusieurs prestations de Bien-être et de Soutien telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés, l'Assisteur prend en charge :
 - la garde des enfants à domicile **dans les 5 premiers jours qui suivent le décès**. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche,
 - le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM,
 - le transport aller/retour d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM jusqu'au domicile du Bénéficiaire, pour garder les enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge, pour garder les enfants.
- lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge :
 - la garde de ces personnes **dans les 5 premiers jours qui suivent le décès**,
 - le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Adhérents domiciliés dans les DROM ,
 - le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.
- lors du décès d'un Bénéficiaire et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé,
- lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres Bénéficiaires et prend en charge les frais d'abonnement.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies selon les besoins du Bénéficiaire et sont cumulables entre elles, dans la limite de l'enveloppe financière mentionnée.

31. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS À PLUS DE 50 KM DU DOMICILE EN FRANCE

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du Bénéficiaire,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

*Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

A. TRANSFERT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

En cas de décès du Bénéficiaire, l'Assisteur organise le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine, Monaco ou Andorre, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, **à concurrence de 3 000 euros TTC**,
- les frais de cercueil pour permettre le transport à **concurrence de 800 euros TTC**.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

B. ASSISTANCE DES PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille

ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du Bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition de l'ayant droit, et prend en charge le transport. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.**

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

C. RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES ET/OU DE L'ACCOMPAGNANT

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine, Monaco ou Andorre des autres Bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de Bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec les Bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des Bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine, Monaco ou Andorre.

D. MISE À DISPOSITION D'UN TAXI

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi à **concurrence de 155 euros TTC**. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès d'un Bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.

▶ CADRE JURIDIQUE

32. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

KLESIA Mut', mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 529 168 007, située 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS, a souscrit auprès de Ressources Mutuelles Assistance un contrat collectif afin de permettre à ses adhérents et les ayants droits du contrat « Ma Santé KLESIA Mut' » de bénéficier de garanties d'assistance.

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

33. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,

- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

34. EXCLUSIONS

EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

35. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

36. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

37. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

38. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la Mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

39. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

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

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmasistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL à l'adresse suivante : CNIL, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à WORLDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 BEZONS ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

40. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

41. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.



Opération Parrainage KLESIA Mut' 2025

Gagnez 30 € en chèques-cadeaux

Parrainer, c'est partager...

Vous êtes satisfait de votre mutuelle : faites profiter un parent, un ami ou un voisin d'une protection santé à des conditions préférentielles. Grâce à votre parrainage, vous partagez aussi autour de vous les valeurs de proximité et de solidarité de votre mutuelle.

... Et tout le monde y gagne !

Un membre de votre famille, un ami, un membre de votre entourage recherche une mutuelle santé ? Parrainez-le : vous recevrez, tout comme lui, **30 € en chèques-cadeaux**.

Pour profiter de cette offre, c'est très simple !

1

LE PARRAIN

Le parrain remplit ses nom, prénom et numéro d'adhérent (présent au dos de la carte mutuelle) et transmet ce bulletin à son filleul.

Nom Prénom
N° d'adhérent Mail :

2

VOTRE CONSEILLER KLESIA MUT'

Le filleul contacte votre conseiller Santé et Prévoyance KLESIA Mut' pour réaliser une étude personnalisée, adhérer à Ma Santé KLESIA Mut' et profiter de l'offre de parrainage.

Nom Prénom
Téléphone Mail :

3

LE FILLEUL

Une fois le bulletin d'adhésion signé, le filleul complète ses nom, prénom et date d'adhésion et transmet ce bulletin par mail (parrainage@klesia.fr) ou par courrier (KLESIA Mut' VAD - Opération Parrainage 2025 - 1 rue Denise Buisson, 93100 MONTREUIL).

Nom Prénom
Date d'adhésion Mail :

4

LE PARRAIN ET LE FILLEUL

Le parrain et le filleul reçoivent chacun un chèque-cadeau d'une valeur de **30 €**. Il sera adressé par email à l'issue d'un délai d'un mois débutant au jour de la date d'effet de l'adhésion du filleul au contrat Ma Santé KLESIA Mut'.

Offre promotionnelle : **30 € offerts en chèque-cadeau pour le parrain et le filleul** si le filleul adhère au contrat Ma Santé KLESIA Mut' entre le 1^{er} avril 2025 et le 31 décembre 2025 et que la date d'effet du contrat est comprise entre le 1^{er} avril 2025 et le 31 décembre 2025 inclus. Ces chèques-cadeaux seront adressés par email à l'issue d'un délai d'un mois débutant au jour de la date d'effet de l'adhésion du filleul au contrat Ma Santé KLESIA Mut'. Les conditions d'utilisation du chèque-cadeau sont consultables sur le site internet www.gladly.com. Le règlement de « l'Opération parrainage KLESIA Mut' 2025 » est adressé à titre gratuit à toute personne qui en fait la demande par mail (parrainage@klesia.fr) ou par courrier (KLESIA Mut' VAD - Opération Parrainage 2025 - 1 rue Denise Buisson 93100 Montreuil).

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à KLESIA Mut' en sa qualité de responsable du traitement, et pourront être transmises au GIE KLESIA, au GIE KLESIA ADP, à l'IRC KLESIA AGIRC ARRCO et leurs membres ainsi qu'aux éventuels réassureurs et partenaires le cas échéant. Les données, à l'exclusion du NIR, sont collectées, pour la gestion administrative de votre dossier, et avec votre consentement, à des fins de prospection commerciale. Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à info.cnil@klesia.fr ou à KLESIA - Service INFO CNIL CS 30027, 93108 Montreuil cedex. Veuillez noter, toutefois, que certaines données peuvent être exclues de ces demandes dans certaines circonstances, notamment si nous devons continuer à traiter vos données pour servir nos intérêts légitimes ou respecter une obligation légale. Afin de nous permettre de confirmer votre identité en cas de doute, un justificatif d'identité pourra vous être demandé. Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée maximale d'un an. KLESIA prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr.



À partir de
7,56 €
par mois¹

1. Tarif applicable à compter du 1^{er} janvier 2024 pour un adhérent âgé de 50 ans ayant choisi un capital de 2 000 €.

DOCUMENT
CONÇU POUR ÊTRE
ACCESSIBLE
AU PLUS GRAND
NOMBRE

KLESIA PRÉVOYANCE DÉCÈS

Et si l'AVENIR DE VOS PROCHES se préparait maintenant ?



[Retour sommaire](#)



Une offre **COMPLÈTE** et adaptée à votre situation pour mettre à l'abri vos proches en cas de décès

LORS DU PASSAGE À LA RETRAITE, vous perdez les garanties prévoyance vous permettant de couvrir vos proches en cas de disparition. Avec KLESIA Prévoyance décès, vous protégez ceux que vous aimez et vous leur assurez un avenir plus serein.

À CHAQUE BESOIN, SA SOLUTION

<p>Je souhaite uniquement prévoir LE FINANCEMENT DE MES OBSÈQUES vous choisissez le montant de votre capital décès</p>	2 000 €	4 000 €	6 000 €	8 000 €	10 000 €
<p>Je souhaite couvrir mes frais d'obsèques et permettre à mes proches de FAIRE FACE À L'URGENCE DE CERTAINS FRAIS (factures, loyers, déplacement de la famille...) vous choisissez le montant de votre capital décès</p>	6 000 €	8 000 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
<p>Je souhaite MAINTENIR LE NIVEAU DE VIE DE MA FAMILLE et sécuriser certains projets comme les études de mon/mes enfant(s) vous choisissez le montant de votre capital décès</p>	10 000 €	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €
<p>Je souhaite assurer l'avenir de mes proches et ORGANISER LA TRANSMISSION DE MON PATRIMOINE vous choisissez le montant de votre capital décès</p>	15 000 €	20 000 €	25 000 €	30 000 €	

2 mois offerts¹

1. Les 2 mois offerts correspondent aux 2 premiers mois de cotisation à l'offre KLESIA Prévoyance décès. L'offre n'est valable que pour le premier contrat.

I Des services d'assistance INCLUS

Nous accompagnons vos proches dans les formalités administratives et les aidons à résoudre les questions organisationnelles avec notamment¹ :

- ▶ **Le déplacement d'un membre de la famille** (prise en charge d'un billet de train ou avion aller-retour et hébergement jusqu'à 2 nuits à l'hôtel)
- ▶ Un service d'**informations juridiques illimité** avec un juriste (fiscalité, succession, vente de biens immobiliers...)
- ▶ Une **aide à domicile** incluant le ménage, l'entretien du linge, la cuisine ou encore la garde d'un animal de compagnie

I L'essentiel du contrat

- ▶ Souscription de 50 à 75 ans sans questionnaire médical
- ▶ capitaux au choix :
 - de 2 000 € à 10 000 € par palier de 2 000 €
 - de 10 000 € à 30 000 € par tranche de 5 000 €
- ▶ Totalité du capital choisi débloqué sous 5 jours quelle que soit la durée de cotisation²
- ▶ Libre utilisation du capital garanti dont la possibilité de désigner un organisme de pompe funèbre
- ▶ Cotisation viagère et fixe définie à l'adhésion
- ▶ - 10 % sur la cotisation du conjoint pour toute adhésion en couple

1. Liste non exhaustive. Prestations indiquées à titre d'exemple. Pour en connaître le détail, consultez la notice d'information.

2. Hors décès non accidentel pendant les 6 premiers mois de l'adhésion. Pendant ce délai une somme égale à la valeur de rachat est versée au(x) bénéficiaire(s).



OPTION Rapatriement de corps jusqu'en terre d'origine

Vous vivez en métropole et souhaitez être inhumé sur votre terre d'origine³ ? Nous vous proposons une offre rapatriement incluant :

- ▶ L'accompagnement dans les démarches administratives
- ▶ La préparation du corps selon les rites de la terre d'origine et son transport jusqu'au lieu d'inhumation
- ▶ La prise en charge de deux billets d'avion allers-retours pour vos proches

3. Terre d'origine :

- Péninsule ibérique : Espagne (dont îles espagnoles), Portugal
- Outre-mer : Martinique, Guadeloupe, Guyane, Mayotte, Réunion
- Afrique du nord : Algérie, Maroc, Mauritanie, Tunisie
- Afrique Subsaharienne : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, république démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo
- Turquie



**Évaluez vos besoins et le montant
du capital à souscrire avec l'un
de nos conseillers**

09 72 72 37 30

(Appel non surtaxé du lundi au vendredi de 9h-18h)

**ou rendez-vous sur notre site internet
klesiamut.fr**

KLESIA Prévoyance Décès est un contrat collectif d'assurance vie à adhésion facultative souscrits par l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA, auprès de KLESIA Mut'.

KLESIA Mut' - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, située 4, rue Georges Picquart - 75017 Paris - Soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK » - Association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

IMA ASSURANCES - société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632 - Soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

KLÉSIA
Mut'





KLESIA PRÉVOYANCE DÉCÈS

Conditions générales
valant notice d'information

Référence : 810E

Mars 2020



[Retour sommaire](#)

SOMMAIRE

DÉFINITIONS	7
TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
Article 1 - Objet du contrat	8
Article 2 - Nature du contrat	8
Article 3 - Autorité de contrôle	8
Article 4 - Prescription	8
Article 5 - Fausse déclaration	8
Article 6 - Réclamation et médiation	9
Article 7 - Protection des données personnelles	9
Article 8 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	11
Article 9 - Lutte contre la fraude à l'assurance	11
Article 10 - Communication par voie électronique	11
TITRE 2 ADHÉSION	11
Article 11 - Conditions d'adhésion	11
Article 12 - Date d'effet et durée de l'adhésion	11
Article 13 - Adhésion au contrat à distance - souscription en ligne	11
Article 14 - Renonciation en cas de vente à distance	12
TITRE 3 COTISATIONS	12
Article 15 - Montant des cotisations	12
Article 16 - Paiement des cotisations	12
TITRE 4 MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE	13
Article 17 - Montant du capital	13
Article 18 - Modification du capital	13
Article 19 - Paiement du capital	13
Article 20 - Revalorisation du capital décès	13
Article 21 - Délai de carence	13
Article 22 - Désignation de Bénéficiaires	13
Article 23 - Rachat du contrat	13
Article 24 - Réduction du contrat	14
Article 25 - Information annuelle	14
Article 26 - Participation aux bénéfices	14
Article 27 - Exclusions	15
ANNEXE 1 VALEURS DE RACHAT ET DE RÉDUCTION	16
ANNEXE 2 MONTANT ANNUEL DES FRAIS CONTRACTUELS	17
ANNEXE 3 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	18
ANNEXE 4 ASSISTANCE	22

	RÉFÉRENCES CONTRAT
<p>NATURE DU CONTRAT</p> <p>« KLESIA prévoyance décès » est un contrat collectif d'assurance vie entière à adhésion facultative souscrit par l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK », association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 située 4 rue Georges Picquart auprès de KLESIA Mut', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris.</p> <p>Les droits et obligations du membre participant peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre l'APGK et KLESIA Mut'. Le membre participant est préalablement informé de ces modifications.</p>	Article 2
<p>OBJET DU CONTRAT</p> <p>Le contrat garantit le paiement d'un capital au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès du membre participant.</p> <p>Le contrat KLESIA prévoyance décès n'est pas un contrat d'épargne. La somme des cotisations réellement versées dépend de la durée de vie du membre participant sans pouvoir constituer le montant minimum du capital garanti au moment du décès.</p>	Article 1
<p>FACULTÉ DE RACHAT</p> <p>Le contrat comporte une faculté de rachat. Les sommes sont versées par la Mutuelle dans un délai de 15 jours ouvrés à compter de la réception de la demande écrite du membre participant accompagnée des pièces justificatives nécessaires.</p>	Article 23 Annexe 1
<p>PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES</p> <p>Les membres participants participent aux bénéfices du contrat.</p> <p>85 % des bénéfices financiers nets réalisés et 90 % des bénéfices techniques nets réalisés sont affectés à la provision servant au versement de la participation aux bénéfices.</p>	Article 26
<p>FRAIS CONTRACTUELS</p> <p>Les frais relatifs à la vie du contrat sont compris entre 1,11 % et 2,98 % du capital souscrit, en fonction de l'âge du membre participant à la date de l'adhésion et de la durée de paiement à des cotisations dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0,54 % à 1,46 % de frais d'acquisition destinés à l'apporteur du contrat, • 0,57 % à 1,52 % de frais de gestion. <p>Frais en cas de rachat pendant les 10 premières années : 5 % de la provision mathématique.</p>	Annexe 2 Article 23
<p>DURÉE DU CONTRAT</p> <p>La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du membre participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le membre participant est invité à demander conseil auprès de KLESIA Mut'.</p>	Article 12
<p>DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES</p> <p>Le membre participant désigne le ou les Bénéficiaire(s) par acte sous seing privé, acte authentique ou au moyen du bulletin « Désignation de Bénéficiaires ».</p> <p>Il peut le faire au moment de l'adhésion ou ultérieurement.</p>	Article 22

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la notice. Il est important que le membre participant lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion.

Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (notamment affection cardiovasculaire, rupture d'anévrisme, attaque cérébrale, etc.).

Ne sont pas considérées comme « accident » la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Le décès doit intervenir dans les douze mois civils qui suivent la date de l'accident. La preuve de la nature de l'accident et de la relation irréfutable entre le décès et l'accident incombe aux Bénéficiaires.

ASSUREUR

KLESIA Mut', mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 529 168 007 ayant son siège social au 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris, ci-après dénommée « La Mutuelle ».

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique ou morale désignée le membre participant pour percevoir le capital garanti en cas de décès du membre participant.

MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique qui signe le bulletin d'adhésion et s'engage à payer les cotisations. C'est aussi la personne physique sur laquelle reposent les garanties du contrat.

SOUSCRIPTEUR

Association de Prévoyance du Groupe KLESIA (APGK), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris, ci-après dénommée « Le souscripteur ».

Titre 1

Dispositions générales

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat « KLESIA Prévoyance Décès » garantit au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) le paiement d'un capital lors du décès du membre participant. Le capital peut servir au financement de ses obsèques.

Néanmoins, **le(s) Bénéficiaire(s) peuvent utiliser ce capital à des fins autres que le financement des obsèques**, sauf en cas de désignation d'une entreprise de pompes funèbres. Dans ce cas, l'entreprise de pompes funèbres reçoit le capital à hauteur de la facture des frais d'obsèques, le solde éventuel étant versé au second Bénéficiaire désigné.

Les membres participants bénéficient d'une garantie Assistance souscrite par KLESIA Mut' auprès d'IMA.

ARTICLE 2 – NATURE DU CONTRAT

« KLESIA Prévoyance Décès » est un contrat collectif d'assurance vie entière à adhésion facultative et à cotisations périodiques souscrit par l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK », association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 située 4 rue Georges Picquart auprès de KLESIA MUT', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris.

ARTICLE 3 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :

4 Place de Budapest CS 92459
75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 4 – PRESCRIPTION

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

La prescription est portée à 10 ans concernant la garanties décès versées au(x) bénéficiaire(s).

Conformément aux dispositions de l'article L221-11 du Code de la Mutualité et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par la Mutuelle.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

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

ARTICLE 5 – FAUSSE DÉCLARATION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée à l'assuré est nulle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

Les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ; la Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

ARTICLE 6 – RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative à la bonne exécution du contrat le Membre participant doit adresser ses demandes par courrier à :

KLESIA Mut'

Service Gestion Prévoyance
TSA 50 009 - 75128 PARIS Cedex 11.

Par téléphone au : 01.49.29.19.40

Par mail : prevoyance-kmutparis@klesia.fr.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'Adhérent, le membre participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit peut, dans un délai d'un an, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la Mutuelle, s'adresser par courrier à compter de la réclamation au Médiateur de la Mutualité Française à l'adresse suivante :

255 rue de Vaugirard - 75015 Paris,

ou sur internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

ARTICLE 7 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie le membre participant à la Mutuelle, des données personnelles le concernant sont collectées par KLESIA Mut', entité du Groupe KLESIA, située au 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris, en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au présent contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. À défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Mut' sera dans l'impossibilité de traiter les demandes de l'assuré.

1. Les finalités de la collecte des données personnelles

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

- l'étude des besoins spécifiques de l'assuré nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de lui proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opéra-

tions techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;

- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuelles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.
- la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA.

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

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

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

2. Le traitement des données de santé

Le traitement des données de santé concernant le membre participant par KLESIA Mut' est sou-

mis à son consentement. Néanmoins, l'adhésion au présent contrat vaut recueil du consentement pour le traitement de ses données de santé à des fins de gestion de son adhésion et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de ses données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

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

3. Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, KLESIA Mut' pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse des données de l'assuré. Dans chaque cas, KLESIA Mut' l'informerá spécifiquement et lui permettra de contester une décision automatisée prise à son égard.

4. Les destinataires de données personnelles

Dans le cadre des traitements de KLESIA Mut', les données personnelles du membre participant peuvent être transmises à différents destinataires listés dans les tableaux figurant en annexe 3.

5. Le transfert des données personnelles hors de l'Union Européenne

KLESIA Mut' traite les données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous en informerions spécifiquement le membre participant en précisant les garanties mises en place permettant la protection de ses données personnelles.

6. Les durées de conservation des données personnelles

Les données personnelles du membre participant sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans les tableaux figurant en annexe 3.

7. Les droits du membre participant

Le membre participant dispose d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas,

de limitation du traitement, à la portabilité de ses données.

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

Le membre participant peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière que nous le remercions d'argumenter ;
- lorsque ses données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à se justifier.

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

Par ailleurs, le membre participant a la possibilité :

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

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

8. L'exercice des droits auprès de KLESIA Mut'

Ces droits peuvent être exercés par le membre participant lui-même en justifiant de son identité et en précisant le droit qu'il souhaite exercer ainsi que tout élément facilitant son identification.

Pour toute information ou exercice de ses droits relatifs aux traitements de ses données personnelles gérés par KLESIA Mut', le membre participant peut contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

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

9. Réclamation auprès de la CNIL

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

ARTICLE 8 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, le membre participant atteste que ces versements n'ont pas une origine provenant d'opérations constitutives d'une infraction à la loi.

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

ARTICLE 9 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE

La Mutuelle peut utiliser les données personnelles du participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

ARTICLE 10 – COMMUNICATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre le membre participant et la Mutuelle et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par le membre participant des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations.

Titre 2 Adhésion

ARTICLE 11 – CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion est réservée aux personnes résidant en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer.

Le membre participant doit être âgé de 50 ans minimum et de 75 ans maximum.

L'âge du membre participant est calculé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet de l'adhésion au contrat et l'année de naissance.

ARTICLE 12 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé et dûment rempli avec le capital souscrit sous réserve de l'encaissement de la première cotisation versée par le membre participant.

Cette date est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion est viagère et prend fin :

- à la date du décès de du membre participant où ;
- à la date du rachat par le membre participant.

ARTICLE 13 – ADHÉSION AU CONTRAT À DISTANCE – SOUSCRIPTION EN LIGNE :

Lorsque le membre participant choisit de signer son bulletin d'adhésion sous format électronique, il a au préalable :

- communiqué son adresse de courrier électronique valide et un numéro de téléphone mobile personnel qui lui permettent de manifester son consentement à la conclusion de contrat dans les conditions et limites définies par celui-ci ;
- pris connaissance de tous les documents mis à disposition avec le bulletin d'adhésion (documents d'informations sur le produit d'assurance).

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

L'adhésion au contrat devient effective après la saisie d'un code confidentiel transmis via le numéro de téléphone portable communiqué par le membre participant .

Dès la validation de l'adhésion au contrat, un courrier électronique comportant notamment le bulletin d'adhésion signé et la notice d'information est adressé au membre participant.

Le membre participant peut également accéder aux documents contractuels qu'il peut consulter, télécharger ou imprimer directement en ligne et il dispose aussi de la faculté d'obtenir une copie papier ou numérique de son adhésion en s'adressant à KLESIA Mut'.

Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'envoi d'informations ou de documents à une adresse mail erronée ou modifiée sans en avoir avisé KLESIA Mut' relève de la seule responsabilité du membre participant.

Convention de preuve :

Le membre participant reconnaît, sauf preuve contraire qu'il peut rapporter par tous moyens, que :

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

ARTICLE 14 – RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le membre participant dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion lorsque celle-ci s'est réalisée à distance ou en cas de démarchage, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.221-18 du Code

de la Mutualité si cette dernière date est postérieure à la date à laquelle l'intéressé a été informé que l'adhésion a pris effet.

Pour exercer ce droit, le membre participant doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à :

KLESIA Mut'
Service Gestion Prévoyance
TSA 50 009
75128 PARIS Cedex 11.,

dans les termes suivants :

« Je soussigné(e), (NOM, Prénom), déclare renoncer à mon adhésion à l'offre KLESIA Prévoyance décès et demande le remboursement des cotisations versées.
Le (date) (signature) »

L'adhésion prend fin à la date de réception de la lettre recommandée.

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque a été couvert. S'il a versé des cotisations au-delà, la Mutuelle lui restituera ces cotisations dans un délai de 30 jours suivant la date à laquelle l'adhésion a pris fin.

Titre 3 Cotisations

ARTICLE 15 – MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est indiqué sur le certificat d'adhésion.

La cotisation est calculée en fonction de l'âge du membre participant au jour de l'adhésion, du montant du capital garanti et des modalités de paiement choisies.

Le paiement des cotisations est viager.

ARTICLE 16 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations périodiques sont payables mensuellement ou trimestriellement, à terme à échoir, par prélèvement bancaire.

En cas de non-paiement des cotisations en tout ou partie dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une mise en demeure. À défaut de paiement dans le délai de 40 jours à compter de la mise en demeure, la garantie est mise en réduction conformément aux dispositions de l'article 24 ci-après.

Titre 4 Mise en œuvre de la garantie

ARTICLE 17 – MONTANT DU CAPITAL

À son adhésion, le membre participant choisit le montant du capital garanti. Ce montant est compris entre 2 000 et 10 000 €, par tranches de 2 000 €, et entre 10 000 et 30 000 €, par tranches de 5 000 €.

Le membre participant peut signer plusieurs adhésions. Cependant, le montant global des capitaux garantis au titre de l'ensemble des adhésions ne peut pas être supérieur à 30 000 €.

Le montant du capital choisi est indiqué sur le certificat d'adhésion.

Le capital choisi par le membre participant est susceptible d'être insuffisant pour couvrir l'intégralité du coût des obsèques.

ARTICLE 18 – MODIFICATION DU CAPITAL

Le membre participant peut modifier le montant du capital choisi uniquement à la hausse.

Seule une nouvelle adhésion permet d'augmenter le capital choisi lors d'une première adhésion.

ARTICLE 19 – PAIEMENT DU CAPITAL

Le paiement du capital se fait dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives suivantes adressées à KLESIA Mut' - Service Gestion Prévoyance - TSA 50009 - 75128 PARIS Cedex 11 :

- extrait d'acte de décès,
- certificat médical constatant la cause du décès,
- pièce d'identité du (ou des) Bénéficiaire(s) en cours de validité, livret de famille ou acte de dévolution successorale,
- relevé d'identité bancaire du ou des Bénéficiaire(s),
- pour un opérateur funéraire désigné en qualité de Bénéficiaire : un extrait K bis de moins de 3 mois et la facture originale correspondant à la réalisation de toutes prestations funéraires, toutes fournitures de biens ou services de marbrerie réalisée,
- l'original du certificat d'adhésion.

ARTICLE 20 – REVALORISATION DU CAPITAL DÉCÈS

En cas de décès, le capital garanti continue d'être revalorisé dans les mêmes conditions que celles

prévues à l'article 26 et ce jusqu'à la réception par la Mutuelle des pièces demandées à l'article 19, sans pouvoir être inférieure au taux prévu par l'article L.223-9 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 21 – DÉLAI DE CARENCE

La garantie est acquise dès la date d'effet de l'adhésion.

Néanmoins, le décès non accidentel n'est pas garanti pendant les 6 premiers mois de l'adhésion. En cas de décès non accidentel pendant ce délai de carence, une somme égale à la valeur de rachat sera versée au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s).

ARTICLE 22 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Le capital est versé au(x) Bénéficiaire(s) que le membre participant aura expressément désigné(s) lors de l'adhésion ou ultérieurement au moyen du bulletin de désignation de Bénéficiaire(s).

En outre, la désignation peut être réalisée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

La désignation doit être suffisamment précise afin de pouvoir identifier la personne physique ou morale. Le membre participant peut ainsi mentionner les coordonnées du (des) Bénéficiaire(s) qui seront utilisées par la Mutuelle en cas de décès.

Lorsque la désignation n'est plus appropriée, le membre participant peut la modifier sauf acceptation par le(s) Bénéficiaire(s).

En effet, en cas d'acceptation de la désignation par le(s) Bénéficiaire(s), celle-ci devient irrévocable. L'acceptation est faite par avenant signé de la Mutuelle, du membre participant et du Bénéficiaire ou par acte sous seing privé ou acte authentique. Dans ce cas, elle ne sera opposable à la Mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Il est rappelé que le(s) Bénéficiaire(s) peuvent utiliser le capital à leur convenance. Si le membre participant souhaite que ce capital serve au financement de ses obsèques, il peut désigner un opérateur funéraire. Ce dernier recevra le capital dans la limite du montant de la facture des frais d'obsèques. Le solde éventuel sera versé au second Bénéficiaire désigné.

Le versement du capital par la Mutuelle met fin à l'adhésion.

ARTICLE 23 – RACHAT DU CONTRAT

Faculté de rachat

Sous réserve d'une acceptation du bénéficiaire dans les formes prévues à l'article L. 223-10 du

Code de la Mutualité, le membre participant peut demander le rachat de son contrat à tout moment. Les tableaux des valeurs de rachat au terme de chacune des 8 premières années d'adhésion sont indiqués en annexe à titre d'exemple. Les valeurs de rachat sont déterminées sur la base :

- du montant des cotisations nettes de frais versées depuis la date d'adhésion,
- des intérêts techniques,
- des tables statistiques réglementaires de mortalité,
- des éventuelles participations aux bénéfices techniques et financiers tels que définies à l'article 26.

Ces valeurs de rachat sont indiquées sur le certificat d'adhésion du membre participant.

Au moment du rachat, sont également retenues :

- les contributions sociales pour l'année en cours et, le cas échéant, les taxes et impôts applicables,
- une indemnité de rachat de 5 % si le rachat intervient avant le terme de la 10^e année de l'adhésion.

Paiement de la valeur de rachat

Pour obtenir le rachat, le membre participant doit transmettre à KLESIA Mut' - Service Gestion Prévoyance - TSA 50009 - 75128 PARIS Cedex 11, les pièces justificatives suivantes :

les pièces justificatives suivantes :

- une demande de rachat datée et signée,
- une copie de la pièce d'identité en cours de validité,
- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un compte ouvert au nom du membre participant pour le paiement,
- l'original du certificat d'adhésion,
- l'accord du Bénéficiaire dans le cas d'une acceptation de la désignation.

Préalablement au paiement de la valeur de rachat, le membre participant doit satisfaire à l'ensemble des exigences réglementaires, notamment en matière fiscale. À cet égard, la Mutuelle peut exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à lui.

Le versement de la valeur de rachat est effectué dans les 15 jours ouvrés (délais bancaires et postaux non compris) suivant la remise des pièces justificatives.

Le règlement de la valeur de rachat met fin à l'adhésion au contrat KLESIA Prévoyance Décès.

ARTICLE 24 – RÉDUCTION DU CONTRAT

Le membre participant peut demander la mise en réduction de son contrat en cessant de payer ses cotisations et en faisant la demande expresse auprès de la Mutuelle.

Le capital garanti sera recalculé en fonction de la valeur de rachat et de l'âge du membre participant lors de la demande de mise en réduction.

Si la valeur de rachat est inférieure à la moitié du montant brut mensuel du salaire minimum de croissance, calculé sur la base de la durée légale hebdomadaire de travail, en vigueur au 1^{er} juillet précédent la demande de mise en réduction, la Mutuelle se réserve le droit de substituer d'office le rachat à la réduction.

ARTICLE 25 – INFORMATION ANNUELLE

Chaque année, le membre participant recevra les informations suivantes :

- la valeur de rachat au 31 décembre du dernier exercice,
- la valeur de réduction du contrat au 31 décembre du dernier exercice,
- le montant du capital garanti en cas de décès,
- le montant de la cotisation annuelle versée,
- le taux de la participation aux bénéfices techniques et financiers de l'année écoulée.

ARTICLE 26 – PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Conformément à la réglementation en vigueur, au terme de chaque année, 85 % des bénéfices financiers nets réalisés et 90 % des bénéfices techniques nets réalisés par ce contrat KLESIA Prévoyance Décès seront affectés à la provision pour participation aux excédents. Les montants inscrits à cette provision sont libérés conformément au Code de la Mutualité au plus tard dans les 8 années qui suivent pour permettre le versement d'une participation aux bénéfices.

Au 31 décembre de chaque année, la Mutuelle définit le montant et les modalités de la participation aux bénéfices à répartir sur les adhésions en vigueur. Pour chaque adhésion concernée, l'affectation de la participation aux bénéfices est réalisée à effet du 31 décembre de l'année en cours.

Le capital garanti dont l'adhésion n'a pas fait l'objet d'un rachat est ainsi majoré.

ARTICLE 27 – EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis les décès consécutifs à :

- un suicide s'il se produit au cours de la première année de l'adhésion ;
- la participation du membre participant à des rixes, crimes ou délits, actes de terrorisme ou de sabotage,
- un accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes dès lors que le membre participant y prend une part active,
- la désintégration du noyau atomique ou radiations ionisantes quelles qu'en soient l'origine et l'intensité.

Annexe 1 Valeurs de rachat et de réduction

Les tableaux ci-dessous présentent des exemples de valeurs de rachat et de réduction, ainsi que le cumul des cotisations, au terme des huit premières années (hors prélèvements sociaux et fiscaux).

Ces valeurs ne tiennent pas compte de la participation aux bénéfices ni des contributions sociales applicables. Elles intègrent les frais compris dans le montant des cotisations, ainsi que l'indemnité de rachat.

Âge du membre participant à l'adhésion : 55 ans Capital décès choisi à l'adhésion : 2000 €

Nombre d'années de paiement (coursues)	Valeur de rachat minimale garantie	Valeur de réduction minimale garantie	Cumul des cotisations
1	61,30 €	64,53 €	105,60
2	121,49 €	127,88 €	211,20
3	181,20 €	190,74 €	316,80
4	240,43 €	253,08 €	422,40
5	299,10 €	314,84 €	528,00
6	357,16 €	375,96 €	633,60
7	414,56 €	436,38 €	739,20
8	471,23 €	496,03 €	844,80

Âge du membre participant à l'adhésion : 55 ans Capital décès choisi à l'adhésion : 10 000 €

Nombre d'années de paiement (coursues)	Valeur de rachat minimale garantie	Valeur de réduction minimale garantie	Cumul des cotisations
1	304,43 €	320,45 €	528,12 €
2	605,41 €	637,27 €	1056,24 €
3	904,04 €	951,62 €	1584,36 €
4	1200,25 €	1263,42 €	2112,48 €
5	1493,66 €	1572,28 €	2640,60 €
6	1784,06 €	1877,95 €	3168,72 €
7	2071,13 €	2180,14 €	3696,84 €
8	2354,52 €	2478,45 €	4224,96 €

Annexe 2

Montant annuel des frais contractuels

Le tableau ci-dessous présente le montant annuel des frais dus par le membre participant en fonction de son âge lors de son adhésion et de la durée de paiement des cotisations.

Le montant des frais est exprimé en pourcentage du capital souscrit.

PAIEMENT VIAGER

Âge du participant	TOTAL	Frais d'acquisition	Frais de gestion
50	1,11 %	0,54 %	0,57 %
51	1,14 %	0,56 %	0,58 %
52	1,18 %	0,58 %	0,60 %
53	1,22 %	0,60 %	0,62 %
54	1,25 %	0,61 %	0,64 %
55	1,29 %	0,63 %	0,66 %
56	1,34 %	0,65 %	0,68 %
57	1,38 %	0,68 %	0,71 %
58	1,43 %	0,70 %	0,73 %
59	1,48 %	0,73 %	0,76 %
60	1,54 %	0,75 %	0,78 %
61	1,59 %	0,78 %	0,81 %
62	1,65 %	0,81 %	0,84 %
63	1,72 %	0,84 %	0,88 %
64	1,79 %	0,88 %	0,91 %
65	1,86 %	0,91 %	0,95 %
66	1,94 %	0,95 %	0,99 %
67	2,03 %	0,99 %	1,04 %
68	2,12 %	1,04 %	1,08 %
69	2,22 %	1,09 %	1,13 %
70	2,32 %	1,14 %	1,19 %
71	2,44 %	1,19 %	1,24 %
72	2,56 %	1,25 %	1,30 %
73	2,69 %	1,32 %	1,37 %
74	2,83 %	1,39 %	1,44 %
75	2,98 %	1,46 %	1,52 %

Annexe 3 Protection des données personnelles

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. • la recherche des assurés de contrats d'assurance sur la vie qui seraient décédés ainsi que le traitement des demandes des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie par le biais de l'AGIRA. 	<p>Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat</p> <p>OU</p> <p>Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès et au maximum 30 ans en cas de non réclamation du capital décès</p>
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>

Destinataires

- les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats,
- les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires,
- les prestataires,
- les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires,
- les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties,
- les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité,
- les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.
- les souscripteurs, les assurés, les membres participants et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants,
- s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat,
- s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat.
- s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs,
- les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir,
- les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

Concernant l'AGIRA :

- les gestionnaires du Groupe KLESIA limitativement habilités et disposant de certificats individuels permettant d'accéder à la base de l'AGIRA
- les personnels habilités à intervenir dans la gestion des contrats d'assurance sur la vie.

- les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge.
- les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée.
- les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment
- la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor,
- les autorités de contrôle compétentes
- les autorités de contrôle compétentes d'autres États habilitées

Base légale du traitement	Finalités	Durées de conservation
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA 	6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement En l'absence du retrait du consentement : Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect

Destinataires

- les personnels habilités du Groupe KLESIA ;
 - les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions.
 - les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ;
 - les services chargés du contrôle ;
 - les sous-traitants et les partenaires.
- les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ;
 - les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ;
 - les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ;
 - les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ;
 - le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ;
 - le personnel habilité des sous-traitants ;
 - les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ;
 - les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ;
 - les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ;
 - les auxiliaires de justice et officiers ministériels ;
 - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ;
 - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ;
 - s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ;
 - l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ;
 - les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ;
- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ;
 - les services chargés du contrôle ;
 - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ;
 - les entités du Groupe KLESIA ;
 - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs.
- les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ;
 - les services chargés du contrôle ;
 - les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ;
 - les entités du Groupe KLESIA ;
 - les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

Annexe 4 **Assistance**

Le membre participant bénéficie d'une garantie « Assistance » auprès de l'IMA (inter mutuelles assistance).

Il a également la possibilité de souscrire l'option rapatriement du corps en terre d'origine auprès de cet organisme.

Inter Mutuelles Assistance SA, société anonyme, immatriculée au RCS de Niort sous le n°320 281 025, au capital Social de 31 407 216 euros située 118, avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9.

KLESIA Mut', Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 529 168 007 ayant son siège social au 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris.

Association de Prévoyance du Groupe KLESIA (APGK), association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - Siège social : 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris.

KLĒSIA
Mut'

NOUVELLE OFFRE CAPITAL DÉCÈS

Nous vous proposons
une large choix de garanties
d'assistance pour vous aider,
vous et vos proches, à traverser
cette douloureuse période.



PACK RAPATRIEMENT

« vous simplifier
les déplacements »

PRÉSENCE D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

- Prise en charge du transport et de l'hébergement d'un membre de la famille.

RAPATRIEMENT DU CORPS

- Préparation du corps, formalités, transport.

RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

- Prise en charge du transport retour des accompagnateurs du bénéficiaire décédé.

*En cas de décès de l'adhérent
à plus de 30 km du domicile
ou lors d'un séjour dans le monde
entier de moins de 90 jours.*



PACK INFORMATIONS & DÉMARCHES

« vous aider à prendre
les bonnes décisions »

ACCOMPAGNEMENT DE VOS PROCHEs

- Conseil social (besoins, droits sociaux...).
- Informations juridiques liées au décès.

Dès la souscription.

ORGANISATION DES OBSÈQUES

- Aide à la recherche d'un prestataire funéraire.

SOUTIEN DE VOTRE FAMILLE

- Écoute psycho-sociale.
- Aide aux démarches / formalités.

Au décès de l'adhérent.



PACK SOUTIEN AUX PROCHEs

« soulager vos proches
au quotidien »

ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE

- Aide à domicile.
- Prise en charge des enfants, des ascendants, des animaux domestiques.
- Conduite à l'école.

AIDE LOGISTIQUE

- Aide au déménagement et nettoyage du domicile quitté (si logement laissé vacant par l'adhérent).
- Fleurissement et nettoyage des sépultures.

CONSEIL SOCIAL

- Bilan social.
- Accompagnement budgétaire.

Au décès de l'adhérent.





EN OPTION*

LE RAPATRIEMENT EN TERRE D'ORIGINE

(Outre-Mer, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Péninsule ibérique, Turquie)**

- Formalités et préparation du corps selon les rites de la terre d'origine.
- Transport du corps.
- Accompagnement du corps par un proche.

Au décès de l'adhérent.

**Garanties proposées aux adhérents ayant souscrit « l'assistance Rapatriement » auprès de KLESIA Mut*, proposée en option individuelle de l'assistance à domicile incluse dans le contrat « Assistance Décès »*

***Outre-Mer : Martinique, Guadeloupe, Guyane, Mayotte, Réunion.
Afrique du Nord : Algérie, Maroc, Mauritanie, Tunisie.*

*Afrique subsaharienne : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Niger, République Démocratique du Congo, Sénégal, Togo.
Péninsule ibérique : Espagne (dont îles espagnoles), Portugal.
Turquie.*

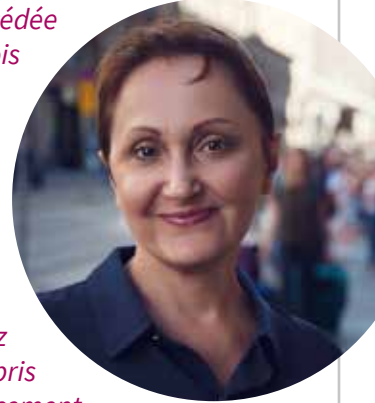


ET CONCRÈTEMENT

comment ça se passe ?

« Ma mère est décédée il y a quelques mois alors qu'elle était en voyage à l'étranger avec mon père. C'était complètement inattendu et mon père était vraiment choqué. Dans ce contexte, je ne remercierai jamais assez mon assistance qui a pris en charge mon déplacement sur place, a organisé le rapatriement du corps et m'a épaulée pour les différentes formalités. C'est vraiment précieux de se sentir soutenue dans un tel moment. »

Annie, 56 ans



besoin d'assistance ?

Vous pouvez solliciter nos experts 24h/24, 7j/7.

Communiquez vos nom(s), prénom(s) et date de naissance.

Un(e) chargé(e) d'assistance fera, avec vous, le point sur votre situation et vous proposera les solutions les plus adaptées, dans le respect de votre contrat.



Cette note d'information constitue un résumé des garanties délivrées par le Service Assistance de KLESIA Mut'. Les conditions précises d'attribution et d'intervention sont détaillées dans la notice d'information. Les garanties d'assistance sont assurées et mises en œuvre par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40000, 79033 NIORT Cedex 09, soumise au contrôle de l'ACPR située 4 Place de Budapest, 75436 PARIS, Cedex 09. Réalisation Direction de la Communication - Groupe IMA - Avril 2020 - Crédit photos © Shutterstock LLC



KLÉSIA
Mut'

NOTICE D'INFORMATION DÉCÈS

Parce que la présence de votre mutuelle en toutes circonstances est essentielle pour vous assurer une plus grande sérénité, KLESIA Mut' vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins et disponible 24h/24 et 7j/7.

05 49 76 98 52 OU **+33 5 49 76 98 52** depuis l'étranger



[Retour sommaire](#)





La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant souscrit un contrat « Assistance décès » auprès de KLESIA Mut'.

Les garanties d'assistance « Rapatriement de corps en terre d'origine » sont proposées en option individuelle aux adhérents ayant souscrit « l'Assistance décès » auprès de KLESIA Mut'. Les adhérents peuvent donc y renoncer.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest 75436 PARIS CEDEX 09.

GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

1 - Assistance à domicile	p.04
2 - garanties accessibles dès la souscription du contrat	p.05
3 - Informations et démarches en cas de décès	p.05
4 - Garanties de soutien aux proches	p.05
5 - Accompagnement du conjoint dépendant en cas de décès de l'aidant.....	p.08
6 - Garanties en cas de décès en déplacement.....	p.10
7 - Garanties en cas de rapatriement en terre d'origine (garantie en option)	p.10

CONDITIONS D'APPLICATION	P.11
---------------------------------------	-------------

DÉFINITIONS	P.15
--------------------------	-------------

1 - ASSISTANCE À DOMICILE

1.1. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent :

- dès la souscription pour les garanties décrites à l'article 2,
- en cas de décès de l'adhérent pour les garanties décrites aux articles 3, 5 et 6,
- en cas de décès de l'adhérent aidant pour les garanties décrites à l'article 4,

dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2. INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

1.2.1. Délai de demande d'assistance

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 4.2 à 4.5 doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'évènement. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue à l'article 4.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'évènement. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 8^e jour, la garantie est alors plafonnée à 22 jours.

1.2.2. Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. **IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

2 - GARANTIES ACCESSIBLES DÈS LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

2.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

2.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans les domaines suivants :

- dispositions à prendre en cas de décès
- cérémonie, convoi
- conservation, transport de corps, prélèvements, dons d'organe
- inhumation, crémation
- succession
- fiscalité
- vente de biens immobiliers...

3 - INFORMATIONS ET DÉMARCHES EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent.

3.1. ACCOMPAGNEMENT DANS LES DÉPLACEMENTS

Afin d'aider les proches à effectuer les démarches et formalités à la suite du décès,

IMA organise et prend en charge 4 transports en taxi dans les 30 jours suivant le décès et dans la limite totale de 250 €.

3.2. AIDE À LA RECHERCHE D'UN PRESTATAIRE FUNÉRAIRE

IMA communique les coordonnées d'entreprises de pompes funèbres en France pour aider les proches à organiser les obsèques.

3.3. ACCOMPAGNEMENT SUITE DÉCÈS

Afin d'aider les proches dans les différentes étapes du deuil, d'identifier avec eux les démarches à accomplir, de planifier et de prioriser les actions à mettre en œuvre, les travailleurs sociaux d'IMA apportent leur expertise, par téléphone du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Cette garantie est accordée dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur 90 jours, accompagné d'un appel de suivi dans les 12 mois à compter du décès.

3.4. AIDE AUX DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

Afin d'aider les proches dans la rédaction des documents administratifs liés au décès, IMA met à leur disposition un intervenant compétent à domicile dans la limite de 4 heures maximum, à raison de 2h minimum par intervention, sur 12 mois à compter du décès, en complément des informations téléphoniques qu'IMA peut leur avoir apportées par avance.

4 - GARANTIES DE SOUTIEN AUX PROCHES

En cas de décès de l'adhérent.

4.1. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 30 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.2. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^e classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants**

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^e classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

4.3. CONDUITE À L'ÉCOLE

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au

domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours répartis sur une période de 30 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

4.4. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

- **Le transfert des ascendants chez un proche**

Le voyage aller-retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 30 heures réparties sur une période maximale de 30 jours.

4.5. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge 30 jours de garde de l'animal chez un « pet sitter » réparties sur une période maximale de 30 jours.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ».

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

4.6. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge des proches.

4.7. NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement. La garantie doit être exécutée dans le mois suivant l'évènement.

4.8. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

IMA organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

4.9. BILAN SOCIAL

IMA organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec le bénéficiaire les solutions les plus adaptées à la situation :

- le choix du lieu de vie,
- la recherche des aides financières possibles,
- les ressources locales (accueil de jours, associations...),

- la mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- l'identification des priorités et envoi d'une synthèse aux proches, avec des recommandations personnalisées sur la situation du bénéficiaire.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

4.10. ACCOMPAGNEMENT BUDGETAIRE

IMA propose d'analyser le budget familial, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à la situation globale de l'adhérent et de son conjoint, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois. La garantie est accessible suite au bilan personnalisé réalisé par un travailleur social.

4.11. FLEURISSEMENT ET NETTOYAGE DES SÉPULTURES

IMA organise et prend en charge l'entretien et le fleurissement de l'espace de recueillement par un prestataire agréé.

Le prestataire proposera au bénéficiaire un choix de fleurissement parmi une sélection prédéterminée de compositions florales.

Cette garantie est limitée à 2 interventions dans les 12 mois suivant le décès.

NB : l'intervention du prestataire agréé n'est possible qu'en France Métropolitaine.

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

5 - ACCOMPAGNEMENT DU CONJOINT SURVIVANT DÉPENDANT EN CAS DE DÉCÈS DE L'AIDANT

En cas de perte d'autonomie avérée du conjoint survivant au moment du décès de l'adhérent, ou survenant dans les 12 mois suivant le décès de l'adhérent.

5.1. BILAN SOCIAL

IMA organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement du bénéficiaire en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec le bénéficiaire les solutions les plus adaptées à la situation :

- le choix du lieu de vie,
- la recherche des aides financières possibles,
- les ressources locales (accueil de jours, associations...),
- la mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- l'identification des priorités et envoi d'une synthèse aux proches, avec des préconisations personnalisées sur la situation du bénéficiaire.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

5.2. SERVICES DE PROXIMITÉ

• Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni le conjoint, ni les proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à 12 livraisons dans les 12 mois suivant l'évènement. Le prix des médicaments demeure à la charge du conjoint.

• Portage de repas

12 livraisons d'un pack de 5 à 7 jours de repas réparties dans les 12 mois suivant l'évènement*, Lorsque le conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas ou de les faire préparer par son entourage.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge du conjoint.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

• Portage d'espèces

Une fois par mois dans les 12 mois suivant l'évènement, lorsque le conjoint ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer :

- le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile,
- OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

• Livraison de courses

12 livraisons réparties dans les 12 mois suivant l'évènement, lorsque ni le conjoint, ni les proches ne sont en mesure de faire les courses.

Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge du conjoint.

• Coiffure à domicile

12 déplacements d'un coiffeur au domicile dans les 12 mois suivant l'évènement lorsque le conjoint a besoin de soin de coiffure. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge du conjoint.

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

5.3. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA, le conjoint pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge du conjoint. Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

5.4. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile.

Cette garantie prend en compte l'évaluation du conjoint dans son lieu de vie : évaluation des capacités, de ses habitudes de vie, de l'organisation en place, de son environnement (équipements, cadre bâti, environnement humain,...). Cette évaluation est complétée par l'envoi d'un rapport consignait et illustrant les solutions proposées pour en permettre la mise en œuvre (nouvelle organisation, équipements, croquis des aménagements éventuels, informations sur les coûts, documentation et adresses de proximité).

Cette garantie répond à la problématique du conjoint. Les solutions proposées tendent à restaurer le niveau d'indépendance.

Cette garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

5.5. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagements du domicile, IMA se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge du conjoint qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

5.6. AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

IMA communique, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge du conjoint.

• GARANTIES D'ASSISTANCE •

5.7. NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTÉ

IMA organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement. La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

6 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS EN DÉPLACEMENT

En cas de décès de l'adhérent, à plus de 30 km du domicile et lors d'un déplacement d'une durée inférieure à 90 jours.

6.1. RAPATRIEMENT DE CORPS

IMA organise et prend en charge le transport du corps.

Celui-ci s'effectue au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France métropolitaine. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les formalités, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

6.2. DÉPLACEMENT D'UN PROCHE SUR LE LIEU DU DÉCÈS

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA organise et prend en charge son déplacement aller-retour par train 1^e classe ou par avion classe économique, ainsi que son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € par nuit.

6.3. RETOUR DES ACCOMPAGNATEURS

IMA organise et prend en charge le transport des autres bénéficiaires par le moyen le plus approprié, dès lors que ceux-ci ne peuvent utiliser les moyens prévus pour leur retour au domicile.

7 - GARANTIES EN CAS DE RAPATRIEMENT EN TERRE D'ORIGINE (GARANTIE EN OPTION)

En cas de décès de l'adhérent, les garanties ci-dessous sont acquises à l'issue d'un délai de carence de 90 jours à compter de la souscription de l'option « Assistance rapatriement » en cas de décès non accidentel et à un an en cas de suicide.

7.1. RAPATRIEMENT DE CORPS EN TERRE D'ORIGINE

IMA organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation situé en terre d'origine.

La prise en charge inclut les formalités et préparation du corps selon les rites de la terre d'origine, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil conforme à la législation et de qualité courante (entrée de gamme) si la mise en bière est intervenue préalablement au transport en vertu d'une obligation réglementaire, ou la prise en charge du rapatriement de l'urne funéraire si la crémation a lieu sur le lieu de décès.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille.

7.2. ACCOMPAGNEMENT DU CORPS PAR UN PROCHE

IMA organise et prend en charge le déplacement des proches parents (résidant en France) du défunt de leur lieu de résidence ou du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation.

Cette garantie est limitée à 2 billets aller/retour.

• CONDITIONS D'APPLICATION •

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 76 98 52 ou **+33 5 49 76 98 52** depuis l'étranger

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre).

Les garanties en cas de décès en déplacement s'appliquent en France et à l'étranger.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat de décès, justificatif de perte d'autonomie...).

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie. Il appartient à IMA d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA, le bénéficiaire organise dans ce

cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès non accidentels s'ils surviennent moins de 90 jours à compter de la date d'effet de l'option « Assistance rapatriement ». Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme,

• CONDITIONS D'APPLICATION •

de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes,

- **à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),**
- **aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.**

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

VIE DU CONTRAT

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance décès » souscrit par l'adhérent auprès de KLESIA Mut'.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance « décès » en inclusion du contrat « assistance décès » ou « rapatriement de corps en terre d'origine » en option individuelle cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de KLESIA Mut' pour tout événement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par KLESIA Mut' auprès d'IMA. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA en a eu connaissance,

- 2) en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires,
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA et les bénéficiaires 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.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 NIORT Cedex 09 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou

• CONDITIONS D'APPLICATION •

par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

KLESIA Mut' - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité – immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par KLESIA Mut' pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,

- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de KLESIA Mut' chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de KLESIA Mut' chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA, ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'évènement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

• CONDITIONS D'APPLICATION •

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de KLESIA Mut' : 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès de KLESIA Mut' aux coordonnées suivantes : 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

• DÉFINITIONS •

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Assistance décès » auprès de KLESIA Mut'.

Pour les garanties Rapatriement en terre d'origine

Adhérent ayant souscrit « l'Assistance Rapatriement » auprès de KLESIA Mut', proposée en option individuelle de l'assistance à domicile incluse dans le contrat « Assistance décès ».

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Pour les garanties Rapatriement en terre d'origine

L'adhérent résidant en France métropolitaine, originaire d'outre-mer*, de la Péninsule ibérique, d'Afrique du Nord*, d'Afrique Subsaharienne* ou de Turquie.

DÉLAI DE CARENCE

Période durant laquelle les garanties Rapatriement en terre d'origine ne sont pas dues.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

FRANCE

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre.

PERTE D'AUTONOMIE

État d'une personne qui relève des droits :

- à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

TERRE D'ORIGINE

Lieu de naissance de l'adhérent précisé lors de la souscription.

- * Péninsule ibérique : Espagne (dont îles espagnoles), Portugal
- * Outre-mer : Martinique, Guadeloupe, Guyane, Mayotte, Réunion
- * Afrique du nord : Algérie, Maroc, Mauritanie, Tunisie
- * Afrique Subsaharienne : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mali, Niger, République démocratique du Congo, Sénégal, Togo
- * Turquie



IMA intervient 7j/7, 24h/24 à la suite d'appels émanant
des bénéficiaires au numéro suivant

05 49 76 98 52 ou **+33 5 49 76 98 52** depuis l'étranger