

	ESAT 1	ESAT 2	ESAT 3	ESAT 4	ESAT 5
HOSPITALISATION (y compris maternité)					
Honoraires					
. Médecin adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	220 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
. Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
. Franchise pour les actes ≥ 120 €	Rbt. intégral	Rbt. intégral	Rbt. intégral	Rbt. intégral	Rbt. intégral
Frais de séjour	100 % de la BRSS	220 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
Forfait journalier hospitalier	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral
Autres frais					
. Chambre particulière	Non	45 €/jour (max. 40 j/an)	60 €/jour (max. 50 j/an)	80 €/jour (max. 50 j/an)	80 €/jour (max. 60 j/an)
. Frais de lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou conjoint	Non	60 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	80 €/jour
FRAIS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)					
Consultations, visites généralistes					
. Médecin adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	120 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
. Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Consultations, visites spécialistes					
. Médecin adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
. Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	180 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Actes techniques médicaux/imagerie					
. Médecin adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	170 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
. Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	300 % de la BRSS	400 % de la BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Médicaments					
. Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
. Honoraires de dispensation	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
Matériel médical					
. Orthopédie, petit appareillage, prothèse médicale, dispositif médical	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS
. Grand appareillage	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	250 % de la BRSS	250 BR + 750 €/an	300 BR + 1 500 €/an
Pack Mieux Etre - Médecine douce					
Ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, médecin acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure-podologue	Non	30 € par séance (max. 4 séances par an)	30 € par séance (max. 4 séances par an)	40 € par séance (max. 4 séances par an)	50 € par séance (max. 6 séances par an)
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale					
. Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
. Supplément voyage et hébergement	Non	Non	50 € par an	100 € par an	100 € par an
Transport	100 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS	200 % de la BRSS
SOINS A L'ETRANGER					
Soins à l'étranger	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
DENTAIRE					
Soins et prothèses dentaires entrant dans le panier de soins 100 % santé *					
Actes prothétiques sans reste à charge pour l'assuré	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral
Soins dentaires entrant dans le champ des paniers à tarifs maîtrisés ou libres					
. Soins, prophylaxie, parodontologie, prévention	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	150 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS
. Inlays onlays	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	150 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Actes prothétiques entrant dans le champ des paniers à tarifs maîtrisés ou libres					
Prothèse dentaire, inlay core remboursés par la Sécurité sociale	125 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS	400 % de la BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale					
. Prothèse dentaire	Non	280 € par an	300 € par an	350 € par an	350 € par an
. Implant (pilier + racine)	Non	700 € par an	800 € par an	800 € par an	800 € par an
. Parodontologie	Non	Non	100 € par an	100 € par an	100 € par an
. Orthodontie	Non	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS	300 % de la BRSS
OPTIQUE - Equipement optique (monture + 2 verres) remboursé par la Sécurité sociale : 1 équipement tous les 2 ans.					
Si dégradation des performances oculaires prévues par la réglementation en vigueur et pour les enfants de moins de 16 ans : 1 équipement par an **.					
Equipement entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé * (classe A)					
. Monture de classe A + 2 verres de classe A	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral
. Monture de classe B (associée à 2 verres de classe A)	80 €	100 €	100 €	100 €	100 €
. Prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre classe A	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (classe B)					
↳ Lunettes à verres simples (1)	100 €	300 €	350 €	400 €	400 €
↳ Lunettes comportant un verre simple (1) et un verre complexe (2)	150 €	375 €	425 €	475 €	475 €
↳ Lunettes comportant un verre simple (1) et un verre hypercomplexe (3)	150 €	425 €	475 €	525 €	525 €
↳ Lunettes à verres complexes (2)	200 €	450 €	550 €	600 €	600 €
↳ Lunettes comportant un verre complexe (2) et un verre hypercomplexe (3)	200 €	500 €	500 €	550 €	550 €
↳ Lunettes à verres hypercomplexes (3)	200 €	550 €	600 €	650 €	650 €
Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables	100 % de la BRSS	100 BR + 100 €/an	100 BR + 125 €/an	100 BR + 150 €/an	100 BR + 150 €/an
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris jetables	Non	100 € par an	125 € par an	150 € par an	150 € par an
Chirurgie réfractive, chirurgie et implants oculaires	Non	18 % du PMSS par an	18 % du PMSS par an	18 % du PMSS par an	18 % du PMSS par an
AIDES AUDITIVES – acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans (par oreille)					
Equipement 100 % santé * (classe I)					
par aide auditive	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral	Rbt. Intégral
Equipement hors 100 % santé * (classe II)					
par aide auditive (dans la limite de 1 700 € par aide auditive)	100 % de la BRSS	250 % de la BRSS	300 % de la BRSS	350 % de la BRSS	400 % de la BRSS
Accessoires (piles, embouts) remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS	100 % de la BRSS
PREVENTION					
. Vaccin antigrippe	Non	Non	15 € par an	15 € par an	15 € par an
. Autres vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Non	Non	15 € par an	15 € par an	15 € par an
. Contraception féminine prescrite non prise en charge par la Sécurité sociale	Non	Non	40 € par an	60 € par an	60 € par an
. Participation à la prise en charge d'une licence sportive (dans la limite des FR)	Non	Non	20 € par an	20 € par an	20 € par an
. Sevrage tabagique (gomme/patch)	Non	40 € par an	50 € par an	60 € par an	60 € par an
TIERS PAYANT ALMERYS – RESEAU DE SOINS OPTILYS					
TELECONSULTATION MEDICALE « MEDAVIZ » 7J/7 & 24H/24					
APPLICATION « AGE IMPULSE » - MESUREZ VOTRE AGE PHYSIOLOGIQUE					
ASSISTANCE « SAMBO VIE QUOTIDIENNE » - Contrat FILASSISTANCE F10S0250					

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (CO : spécialité Chirurgie et Obstétrique). BR/BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. FR : frais réels

* Tels que définis réglementairement (Décret 2019-21 du 11.01.2019, Décret 2019-65 du 31.01.2019, Instruction DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29.05.2019).

(**) La période de deux ans (ou d'un an si dégradation des performances oculaires prévues par la réglementation en vigueur ou équipement pour un enfant de moins de 16 ans) débute à la date d'acquisition de l'équipement ou du premier élément de cet équipement optique. Des dérogations sont prévues à cette durée pour mauvaise adaptation (- de 6 ans) ou pour raison médicale (arrêté du 3 décembre 2018).

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à **30 €** en équipement 100 % santé* et à **100 €** en équipement hors 100 % santé*. Les forfaits € sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Pour les équipements mixtes (2 verres A + monture B ou 2 verres B + monture A), la partie de l'équipement de classe A bénéficie d'une prise en charge intégrale dans le respect des prix limites de vente du 100 % santé*, la partie de l'équipement hors 100 % santé* bénéficie d'une prise en charge limitée au plafond hors 100 % santé correspondant à la correction de l'équipement acquis et déduction faite du coût de la partie de l'équipement 100 % santé* dans la limite de 100 € pour la monture.

(1) Codes LPP verre simple : 2264803 2225329 2288353 2258895 2293555 2200335 2208756 2209460 2218542 2229824 2262678 2281598.

(2) Codes LPP verre complexe : 2233033 2292053 2241162 2203486 2234044 2237947 2286800 2257447 2255856 2247041 2241529 2249152 2211190 2210983 2243920 2276048 2224778 2224287 2226910 2234788 2267552 2279650 2288695 2291674 2213711 2259340 2215213 2234021 2297530 2222176 2203948 2230750 2210434 2208064 2292277 2269692 2210109 2226926 2240323 2241742 2222118.

(3) Codes LPP verre hypercomplexe : 2205321 2214515 2220088 2251924 2264401 2266989 2267492 2268505 2265412 2218849 2215503 2284697 2212025 2229155 2291065 2282920 2299925 2243623 2263494 2297263 2269516 2224732 2219062 2256420 2288502 2217809 2257750 2285099 2260691 2240850 2253834 2245941 2242760 2270583 2295525 2202430 2293414.

Les garanties visées ci-dessus respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère « responsable ».

OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir à l'usager de l'ESAT ci-après dénommé « l'assuré » le remboursement complémentaire aux prestations de la Sécurité Sociale ou de tout régime équivalent, de tout ou partie des frais médicaux ou chirurgicaux qu'il a engagés pour lui-même ou pour les membres de sa famille bénéficiaires des garanties. Les prestations ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réels.

LES BENEFICIAIRES AYANTS DROIT

- Le travailleur handicapé usager d'ESAT titulaire d'un contrat de soutien et d'aide par le travail,
- Son conjoint, immatriculé à la Sécurité sociale sur la carte de l'usager ou ayant sa propre immatriculation au régime de la Sécurité sociale ou à tout régime obligatoire équivalent. **Par conjoint**, nous entendons le conjoint, à défaut le partenaire pacsé et à défaut le concubin.
 - **Le conjoint** : époux ou épouse de l'assuré, non séparé judiciairement ni divorcé.
 - **Le partenaire pacsé** : la personne liée par un pacte civil de solidarité à l'assuré (PACS).
 - **Le concubin** : la personne célibataire, divorcée ou veuve, si elle réside sous le même toit que l'assuré, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi ; l'assuré et le concubin ne doivent être mariés ni l'un ni l'autre, ni liés par un PACS.
- Les enfants immatriculés à la Sécurité Sociale sur la carte du travailleur handicapé ou celle de son conjoint ou concubin, jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire,
- Les enfants du travailleur handicapé et ceux de son conjoint, jusqu'à leur 27^{ème} anniversaire, à la condition de :
 - poursuivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - être sous contrat d'apprentissage ;

DEBUT ET FIN DE LA COUVERTURE

Pour le travailleur handicapé assuré (adhésion obligatoire pour le travailleur handicapé)

Les garanties prennent effet :

- à la date d'effet du contrat pour tous les travailleurs handicapés appartenant à la catégorie de personnel assurée à cette date,
- à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assurée postérieurement à la souscription du contrat.

Les garanties cessent :

- à la date à laquelle le travailleur handicapé cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée,
- à la date de résiliation du contrat collectif.

Pour les ayants droit (adhésion obligatoire)

Les garanties prennent effet :

- à la même date que les garanties du travailleur handicapé assuré,
- au jour d'un changement de situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, début de concubinage, naissance)

Les garanties cessent :

- à la même date que les garanties du travailleur handicapé assuré,
- à la date à laquelle les ayants droit ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit.

REGIME(S) OPTIONNEL(S) FACULTATIF(S)

Chaque travailleur handicapé peut choisir d'adhérer à un régime optionnel :

- lors de son affiliation,
- au premier jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation familiale (mariage, PACS, divorce, naissance,...), sous réserve d'en faire la demande **dans le mois suivant l'événement**, à effet d'un 1^{er} janvier, à condition d'en informer l'Assureur **avant le 31 décembre de la même année**.

Les garanties sont acquises sans délai d'attente, et cessent :

- en cas de rupture ou de suspension du contrat de travail ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance collectif ;
- en cas de non-paiement des cotisations supplémentaires à celles du régime de base obligatoire du travailleur handicapé et de ses ayants droits :
 - o En cas de défaut de paiement, un courrier de rappel sera adressé au travailleur handicapé l'invitant à régulariser sa situation comptable ;
 - o En l'absence de régularisation suivant ce courrier de rappel, un courrier de mise en demeure de payer sera adressé au travailleur handicapé par lettre recommandée avec accusé de réception au visa de l'article L145-6-3 du code des assurances ;
 - o En l'absence de régularisation sous quarante jours après notification de la mise en demeure, les garanties optionnelles cesseront.

Le travailleur handicapé peut ensuite demander le changement d'option à la baisse ou résilier l'adhésion au régime optionnel au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'avoir au moins 12 mois d'affiliation à ce régime à cette date et à condition d'en informer l'Assureur **avant le 31 décembre de l'année en cours**. Toute nouvelle demande d'adhésion à l'un des régimes facultatifs sera alors exclue pendant 1 an, sauf en cas de changement de situation de famille.

Le choix du régime est identique pour le travailleur handicapé, le conjoint et les enfants.

COTISATIONS

La cotisation peut être révisée chaque année par l'assureur à la date de l'échéance annuelle en fonction du résultat technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties, évolution prévisionnelle des dépenses de santé ...). Lorsque le risque se trouve modifié du fait de l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif législatif ou réglementaire ou en cas de modification de la réglementation fiscale ou sociale impactant ses contrats et/ou les garanties, l'assureur pourra être amené à procéder en cours d'année à des réactualisations de prestations et de cotisations pour tenir compte des modifications intervenues.

Le paiement de la cotisation supplémentaire à celle du travailleur handicapé et de ses ayants droit au régime de base obligatoire reste à la charge intégrale du travailleur handicapé qui s'en acquitte directement auprès de INIZYS MUTUELLE par prélèvement mensuel automatique.

MODALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS – Formalités à accomplir en cas de sinistre

Télétransmission :

La télétransmission est une procédure de traitement automatique des remboursements via le système dit « NOEMIE » (Norme Ouverte d'Echange entre le Malade et les Intervenants Extérieurs). Cette procédure vous permet, ainsi qu'aux membres de votre famille ayant activé la télétransmission avec notre organisme, de ne rien nous adresser, sauf demande expresse, dès lors que la demande de remboursement a été adressée à la Sécurité sociale.

Pour vous assurer que vous n'avez rien à nous adresser, il vous appartient de vérifier que la mention « décompte transmis à votre mutuelle » apparaît bien sur le décompte émis par la Sécurité sociale. En l'absence d'activation de la télétransmission, vous devrez systématiquement nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale pour obtenir le remboursement.

Pièces justificatives à nous fournir pour remboursement :

Certains types de soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin de nous permettre de calculer le montant de notre intervention et de justifier la dépense réelle engagée. A cet effet, nous nous réservons le droit de vous réclamer :

- Décompte de la Sécurité sociale ;
- Factures originales détaillées et acquittées conformes à la réglementation ;
- Copie de la prescription médicale (ancienne et/ou nouvelle) ;

Païement des prestations :

Le règlement des prestations est obligatoirement effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou de son ayant droit de plus de 16 ans dont le RIB nous a été fourni.

En cas d'accord de prise en charge émis par notre gestionnaire de tiers payant ALMERY, le paiement est réalisé directement auprès du professionnel de santé.

Seul le paiement d'une prestation ouvre droit à son remboursement. Dans le cas d'un paiement par chèque, c'est l'encaissement du chèque qui emporte paiement (article L131-67 du Code monétaire et financier).

L'adhérent est tenu de ne pas procéder à un paiement en espèces supérieur à 1 000 euros à un professionnel de santé, conformément aux dispositions des articles L112-6 et D112-3 du Code monétaire et financier.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE SOUTIEN ET D'AIDE PAR LE TRAVAIL

- Les cas de maintien du bénéfice du régime

Conformément à la réglementation et à la législation en vigueur, le bénéficiaire de la couverture collective obligatoire et son financement sont maintenus aux travailleurs handicapés dont le contrat de soutien et d'aide par le travail est suspendu, et, le cas échéant, de leurs ayants droit pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de rémunération ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les usagers placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur.

La contribution employeur sera maintenue pendant tout le temps que dure leur absence. L'usager de l'ESAT devra quant à lui continuer de payer sa part de cotisation.

- Les autres cas de suspension

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de soutien et d'aide par le travail ne donnant pas lieu à indemnisation mentionnée ci-dessus, l'obligation de cotiser et le versement des prestations sont suspendus. Les usagers de l'ESAT pourront toutefois, sur simple demande écrite auprès de l'employeur dans un délai d'un (1) mois à compter de la date d'effet de la suspension, continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de soutien et d'aide par le travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part de l'usager). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par l'usager de l'ESAT auprès de l'organisme assureur.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est versée :

- Si la date des soins est antérieure à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans la catégorie de personnel assuré si celle-ci intervient postérieurement à l'adhésion.
- Si la date des soins est identique ou postérieure à la date de sortie de la catégorie de personnel assuré, ainsi qu'en cas de résiliation ou dénonciation.
- Pour des frais engagés hors de France et qui ne font pas l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale française.
- En cas de dépassements d'honoraires autorisés réalisés hors parcours de soins.
- En vue de couvrir la participation forfaitaire et les franchises médicales.

DELAI DE PRESCRIPTION DES GARANTIES

Toute action concernant l'application de votre contrat est prescrite au bout de deux ans à compter de la date de l'évènement qui y a donné naissance (date des soins).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil, à savoir :

- La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice (même en référé) ;
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

TELETRANSMISSION (liaison informatique entre les CPAM et INIZYS MUTUELLE)

Cette procédure vous évite l'envoi des décomptes de la Sécurité sociale par courrier et nous permet un remboursement rapide des frais de soins. Sauf avis contraire de votre part, nous procéderons à la mise en vigueur de ces échanges à réception de la copie de votre attestation papier de Sécurité sociale ainsi que celles des bénéficiaires ne bénéficiant pas déjà d'une mutuelle. Vous serez averti du bon fonctionnement de la télétransmission par le message suivant indiqué sur les décomptes de Sécurité sociale : « un double a été transmis à INIZYS MUTUELLE ».

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Règlement Général sur la Protection des Données :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'appliquent aux réponses faites au présent bulletin d'affiliation.

Finalités du traitement :

La collecte, l'enregistrement et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'affiliation a pour but d'assurer la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire. A défaut, INIZYS MUTUELLE ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.

Bases légales du traitement :

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect de nos obligations légales en matière de lutte contre le blanchiment et la fraude.

Données et catégories de personnes concernées :

Les données collectées concernent les adhérents (travailleurs handicapés) et leurs ayants droit. Elles portent sur :

- Les données relatives à l'identification des parties (état civil, pièce d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties et nécessaires à l'application du contrat ;
- Les données relatives à la situation professionnelle des parties et nécessaires à l'application du contrat ;
- Les données nécessaires à la gestion des prestations liées au contrat (numéro d'identification de l'adhérent, autorisation de prélèvement, remboursements complémentaires sécurité sociale etc.)

Destinataires :

Les données sont destinées à la gestion du contrat et peuvent être transmises aux partenaires de l'organisme assureur prenant part à l'exécution de vos garanties.

Durée de conservation :

Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

Droit des personnes concernées :

Vous disposez sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, de limitation ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse postale suivante : INIZYS MUTUELLE – 68 QUAI DE L'ODET – CS 71033 – 29196 QUIMPER CEDEX ou par mail à l'adresse : dpo@inizys-mutuelle.fr

En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL – 3 PLACE DE FONTENROY – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 L'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage de INIZYS MUTUELLE en s'adressant au siège social (loi 78-17 du 6 janvier 1978).

SERVICE RECLAMATION ET QUALITE

Le réclamant peut s'adresser à INIZYS Mutuelle pour faire part d'un désaccord ou d'une insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts ou du présent contrat.

Dans un premier temps, le réclamant s'adressera à l'oral ou par écrit au Service Réclamation et Qualité de INIZYS MUTUELLE, 68 Quai de l'Odé – CS 71033 – 29196 QUIMPER Cedex ou par mail à l'adresse reclamation@inizys-mutuelle.fr

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

L'assureur s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accusé réception sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le réclamant pourra saisir, par écrit, le médiateur de l'assurance. L'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués avec la requête sur le site du Médiateur : <https://www.mediation-assurance.org/>

Ou par courrier à l'adresse suivante : LA MEDIATION DE L'ASSURANCE – TSA 5011075441 – PARIS CEDEX 09

L'Assuré reconnaît avoir été informé que toute réclamation relative au contrat doit être adressée au Service Réclamation et Qualité de INIZYS MUTUELLE, 68 Quai de l'Odé – CS 71033 – 29196 QUIMPER Cedex.

AUTORITE CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ASSURANCES

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4, place de Budapest
CS 92459
75436 PARIS cedex 09

INFORMATIONS SUR VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Contrat coassuré par :

INIZYS MUTUELLE – Société d'assurances mutuelles à cotisations variables régie par le code des assurances.
Immatriculée sous le n°SIREN 327 136 743 – Siège social : 68 quai de l'Odéon – CS 71033 – 29196 Quimper Cedex

GRUPE FRANCE MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.
Immatriculée sous le n°SIREN 784 492 084 – Siège opérationnel : 10 rue du 4 Septembre – CS 11601 – 75089 Paris Cedex 2
Siège social : 56 rue de Monceau – 75008 Paris



*Droit d'accès et de rectification des informations nominatives (Loi 78-17 du 06.01.1978). Cette notice d'information est un récapitulatif des principales dispositions du contrat.
Seules font foi les Conditions Particulières et Générales du contrat souscrit par l'entreprise.*