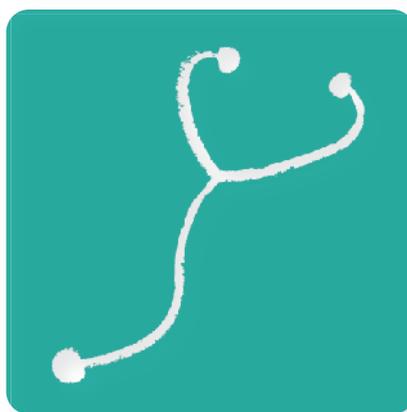


CONDITIONS GÉNÉRALES

**GROUPAMA
SANTÉ ACTIVE**



**Complémentaire
Santé
Individuelle**

Votre contrat Groupama Santé Active est assuré par la Caisse Locale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée aux conditions personnelles et ayant souscrit un traité de Réassurance emportant substitution auprès de la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans vos Conditions Personnelles, elle-même réassurée auprès de :

GROUPAMA SA

Société Anonyme au capital de 1 186 513 186 euros
Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75 383 Paris Cedex 08
343 115 135 R.C.S. Paris

Ces entreprises sont régies par le Code des Assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 Paris.

Conformément à l'article R322.132 du Code des Assurances, la Caisse Régionale réassureur se substitue à votre Caisse Locale réassurée, pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurances et l'exécution des engagements d'assurance pris par votre Caisse Locale.

La gestion des prestations d'assistance est confiée à MUTUAIDE ASSISTANCE, filiale spécialisée du groupe GROUPAMA.



Complémentaire
Santé
Individuelle



Sommaire

1 Votre contrat

1.1 La composition de votre contrat.....	2
1.2 L'objet de votre contrat	2
1.3 Définitions pour faciliter votre lecture.....	2

2 Vos garanties d'assurance complémentaire santé

2.1 Etendue territoriale	4
2.2 Conditions de garanties et modalités de remboursement	4
2.3 Ce que nous garantissons	5
a) Le remboursement des dépenses médicales qui ont fait l'objet d'une participation de votre régime obligatoire et qui sont restées à votre charge après son intervention, dans les limites indiquées dans vos Conditions Personnelles	
b) Le remboursement des frais de soins non pris en charge par votre régime obligatoire, dans les limites prévues selon le niveau de garantie figurant dans vos Conditions Personnelles	
2.4 Ce que nous ne garantissons pas.....	6

3 Vos garanties d'assistance

3.1 Etendue territoriale	7
3.2 Conditions de mise en œuvre des garanties d'assistance	7
3.3 Les services d'informations santé	7
3.4 Les services d'accompagnement	7
3.5 L'assistance santé à domicile	8
3.6 L'assistance santé aux personnes en déplacement	9

4 Les exclusions générales des garanties d'assurance et d'assistance

11

5 La vie de votre contrat

5.1 Prise d'effet du contrat	11
5.2 Durée du contrat	11
5.3 Vos déclarations.....	11
5.4 Vos cotisations.....	12
5.5 La modification de votre contrat	12
5.6 La résiliation de votre contrat.....	12
5.7 Démarchage à domicile	12
5.8 Subrogation.....	13
5.9 Prescription	13
5.10 Médiation	13
5.11 Loi Informatique et Libertés	13
5.12 Organisme de contrôle	13

1.1 La composition de votre contrat

Votre contrat d'assurance Groupama Santé Active se compose des documents suivants :

- les présentes Conditions Générales qui définissent les garanties d'assurance et d'assistance ainsi que les dispositions relatives à la vie de votre contrat,
- les Conditions Personnelles que vous avez signées à la souscription ou en cas d'avenant et qui précisent les bénéficiaires, la date d'effet de vos garanties, la date d'échéance annuelle, les garanties et services que vous avez choisis et le niveau de remboursement de vos frais de santé,
- si vous êtes travailleur non salarié non agricole, et si vous souhaitez bénéficier des avantages fiscaux de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin », vous devez adhérer au contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association GAMAPI auprès de votre Caisse Régionale Groupama. En adhérant au contrat collectif, vous adhérez également à l'Association GAMAPI.

Votre adhésion est composée des présentes Conditions Générales qui valent notice d'information et des Conditions Personnelles qui sont votre certificat d'adhésion. Le texte intégral des statuts de l'Association GAMAPI est transmis à l'adhérent qui en fait la demande auprès de GROUPAMA. Ce contrat est ouvert aux seuls travailleurs indépendants non salariés non agricoles, et à leurs ayants droit, à jour de leurs cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse. Tout adhérent au contrat prend la qualité de bénéficiaire.

1.2 L'objet de votre contrat

Le présent contrat a pour objet :

- le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par les bénéficiaires, tels que décrits dans le paragraphe « Vos garanties d'assurance complémentaire santé »,
- la prise en charge de prestations d'assistance décrites dans le paragraphe « Vos garanties d'assistance » du présent document.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées par la législation et la réglementation en vigueur pour répondre à la définition de contrat solidaire et de contrat responsable.

1.3 Définitions pour faciliter votre lecture

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant d'un événement soudain, imprévu, extérieur à la victime et constituant la cause du dommage.

ADHÉRENT

Personne signant le certificat d'adhésion au contrat collectif souscrit par GAMAPI et désignée sur ce certificat et qui s'est engagée à payer les cotisations liées à cette adhésion. Cette personne est également adhérente à l'Association GAMAPI.

BÉNÉFICIAIRE

Personne bénéficiaire des garanties du contrat Groupama Santé Active, désignée comme telle aux Conditions Personnelles.

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé à l'assuré lors de la souscription et en cours d'exécution du contrat et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat Groupama Santé Active est responsable, ce qui signifie qu'il répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble des textes d'applications afférents à cet article.

Montant minimum de remboursements

Afin de respecter les critères définissant la notion de « contrat responsable », le contrat prend en charge :

- les frais de consultation du médecin traitant et des médecins correspondants au moins à hauteur de 100 % de la base de remboursement retenue par le régime social de base (remboursement du régime social de base compris),
- les médicaments visés au 2° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale (médicaments à « vignette blanche ») ainsi que les frais d'analyses ou de laboratoire qui ont été prescrits par le médecin traitant ou correspondant au moins à hauteur de 95 % du tarif retenu par le régime social de base pour effectuer son remboursement (remboursement du régime social de base compris),
- au moins deux actes de prévention ou de dépistage fixés par arrêté en fonction des objectifs de santé publique au moins à hauteur de 100 % du tarif retenu par le régime social de base pour effectuer son remboursement (remboursement du régime social de base compris).

Limites du montant des remboursements

Ne sont pas pris en charge dans le cadre du contrat « responsable » :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale due par le bénéficiaire, pour chaque acte ou consultation pris en charge par le régime social de base et réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale,
- la majoration du ticket modérateur (I de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) qui s'applique lorsque le bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus :
 - n'a pas choisi de médecin traitant,
 - ou consulte un médecin hors parcours de soins,
 - ou encore refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, de donner au(x) professionnel(s) de santé au(x)quel(s) il a recours, l'autorisation (dès que cette disposition entre en vigueur) d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter,
- une part des dépassements d'honoraires que sont autorisés à pratiquer certains spécialistes en cas de non respect du parcours de soins par le bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires telles que prévues au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

DATE D'EFFET

Date à laquelle votre contrat entre en vigueur. Elle est indiquée sur vos Conditions Personnelles.

DATE D'ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle votre contrat se renouvelle chaque année. Elle est indiquée sur vos Conditions Personnelles.

DÉLAI DE CARENCE

Période qui suit la date d'effet du contrat durant laquelle certains frais de santé ne sont pas remboursés. Sa durée et les garanties concernées sont précisées dans vos Conditions Personnelles.

DOMICILE

Lieu de résidence principale du souscripteur figurant sur vos Conditions Personnelles, qui doit se situer en France métropolitaine.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme forfaitaire que votre régime obligatoire laisse à votre charge en cas d'hospitalisation, correspondant à des frais hôteliers.

GAMAPI (Groupement des Assurances Mutuelles Agricoles pour les Professions Indépendantes)

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. Elle a pour objet de promouvoir le développement de la prévoyance et de la retraite complémentaire auprès des travailleurs indépendants qui exercent ou ont exercé une activité non salariée, non agricole, telle que définie par la législation en vigueur afin de leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupes. GAMAPI est souscriptrice du contrat d'assurance collective à adhésion facultative Groupama Santé Active.

HOSPITALISATION

Séjour effectué en qualité de patient dans un établissement hospitalier public ou privé.

MALADIE

Toute altération de santé d'un bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

NOUS

La Caisse Régionale d'Assurance Mutuelles Agricoles dénommée GROUPAMA identifiée dans vos Conditions Personnelles, et pour la mise en oeuvre des garanties d'assistance, MUTUAIDE Assistance, filiale spécialisée de GROUPAMA.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime de protection sociale de base couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, aux accidents de la vie privée et professionnelle et aux invalidités.

SOUSCRIPTEUR INDIVIDUEL

Personne qui a signé le présent contrat et s'est engagée à en payer les cotisations.

TARIF DE CONVENTION

Tarif de référence utilisé par les différents régimes obligatoires qui sert de base pour calculer le remboursement des frais de soins.

VOUS

Le bénéficiaire du contrat ou l'adhérent dans le cas d'un contrat à adhésion facultative souscrit par l'Association GAMAPI.

2.1 Etendue territoriale

Les garanties d'assurance complémentaire santé s'exercent en France et dans les Etats membres de l'Union Européenne sous réserve de la prise en charge des soins selon la législation sociale française ou selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Elles s'exercent dans le monde entier, dès lors que votre régime obligatoire intervient dans le cadre d'accords spécifiques de Sécurité sociale conclus entre la France et les Pays Tiers concernés.

2.2 Conditions de garanties et modalités de remboursement

Les bénéficiaires des garanties doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un régime obligatoire français.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins réalisés postérieurement à la date d'effet de votre contrat et durant la période garantie par celui-ci.

L'ensemble des prises en charge se fait dans la limite des règles définies dans le cadre des contrats responsables.

La somme des remboursements accordés par votre régime obligatoire et votre contrat Groupama Santé Active est toujours limitée aux frais justifiés que vous avez réellement engagés. Les garanties que vous avez choisies ainsi que le niveau de remboursement sont indiqués dans vos Conditions Personnelles :

- sauf mention contraire, les montants en euros expriment des limites de garantie par an et par bénéficiaire,
- lorsque la garantie est exprimée par un montant en euros, elle intervient en plus du remboursement éventuel de votre régime obligatoire,
- lorsque la garantie est exprimée par un pourcentage du Tarif de Convention (TC), elle inclut la part de remboursement de votre régime obligatoire.

Le remboursement est effectué en France, selon les modalités prévues aux Conditions Personnelles. Vous devez nous fournir les justificatifs détaillés des originaux des dépenses quand les informations du régime obligatoire ne permettent pas de calculer exactement le remboursement ou lorsqu'il n'intervient pas. Dans tous les cas, nous nous réservons la possibilité d'effectuer des contrôles et de demander toutes les justifications nécessaires pour établir le droit au remboursement du bénéficiaire.

Cas particulier des traitements dentaires

Nous n'intervenons sur les actes à honoraires libres (les prothèses dentaires, l'orthodontie) et sur les actes Hors Nomenclature (l'implantologie, la parodontologie...) que sur fourniture :

- d'un devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires suite au traitement.

Ces documents sont à adresser à votre centre de gestion.

Nous nous réservons la possibilité de faire effectuer une expertise médicale.

Nous refusons les garanties si le bénéficiaire n'accepte pas de se soumettre à cette expertise.

Cas particulier de frais engagés auprès de praticiens ou d'établissements non conventionnés

Pour les frais engagés auprès des praticiens et établissements non conventionnés, notre intervention est limitée au remboursement de la part complémentaire calculée sur la base des tarifs de convention des praticiens ou établissements conventionnés.

Cas particulier de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires réalisées par un chirurgien dentiste partenaire

Pour la mise en jeu de la garantie, vous devrez présenter :

- le certificat de garantie comportant sa période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (N° de la dent en cas de prothèse conjointe et son prix),
- la note d'honoraires détaillée de la prothèse endommagée,
- le devis du chirurgien dentiste partenaire devant réaliser les travaux.

Les travaux de réparation ne peuvent commencer qu'après notre accord express donné, dans un délai qui ne dépassera pas 7 jours ouvrés. Ce délai peut être supérieur à 7 jours en cas de demande de notre part d'un examen dentaire réalisé par un chirurgien dentiste désigné par nous. Par ailleurs, nous pouvons également refuser la garantie si le bénéficiaire n'accepte pas de se soumettre à un examen dentaire préalable.

2.3 Ce que nous garantissons

a) Le remboursement des dépenses médicales qui ont fait l'objet d'une participation de votre régime obligatoire et qui sont restées à votre charge après son intervention, dans les limites indiquées dans vos Conditions Personnelles

SOINS MÉDICAUX

- Les honoraires des médecins généralistes et spécialistes conventionnés ou non.
- Les médicaments prescrits et remboursés par le régime obligatoire.
- Les frais de radiologie, laboratoires, auxiliaires médicaux, appareillages (hors optique et dentaire) et frais de transports médicaux.
- Les cures thermales acceptées par le régime obligatoire. Le forfait cure thermique est versé dans les limites précisées aux Conditions Personnelles, sur présentation des factures acquittées des frais de transport et d'hébergement.

SOINS EXTERNES

Consultations, actes de petites chirurgies, radios, réalisés au sein des établissements hospitaliers.

PRÉVENTION

Tous les actes de prévention mentionnés dans la liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006.

DENTAIRE

Les frais de soins dentaires, prothèses dentaires et d'orthodontie pris en charge par le régime obligatoire.

OPTIQUE

Les frais de verres, de monture et de lentilles pris en charge par le régime obligatoire.

HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE, MATERNITÉ ET HOSPITALISATION À DOMICILE

Les honoraires des soins et frais de séjour.

b) Le remboursement des frais de soins non pris en charge par votre régime obligatoire, dans les limites prévues selon le niveau de garantie figurant dans vos Conditions Personnelles

SOINS MÉDICAUX

Un forfait pour des séances d'ostéopathie et de chiropractie.

PRÉVENTION

- Tous les vaccins prescrits.
- Les traitements prescrits de prévention anti-paludéens.
- Tous les moyens de sevrage tabagique.
- Tous les moyens contraceptifs prescrits.
- L'accès à un site d'informations sur la nutrition et un forfait annuel pour participer aux frais d'une consultation diététique.
- Pour les enfants de moins de 13 ans, un forfait annuel pour la pose de vernis dentaire fluoré.
- Un bilan annuel de prévention dentaire quel que soit l'âge du bénéficiaire.

DENTAIRE

- Les prothèses définitives.
- Les actes d'orthodontie.
- Les actes de parodontologie (le traitement des gencives).
- La chirurgie de l'implant dentaire.

OPTIQUE

- Les lentilles correctrices.
- La chirurgie des défauts visuels.

HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE, MATERNITÉ ET HOSPITALISATION À DOMICILE

- Le forfait journalier hospitalier. Ce forfait s'applique dans la limite du montant fixé par le décret en vigueur à la date des soins.
- Les frais de chambre particulière pour toute hospitalisation comprenant au moins une nuitée.
- Les frais d'accompagnant quel que soit l'âge du bénéficiaire hospitalisé et la qualité de l'accompagnant. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « maisons de parents ».
- Les frais de téléphone, télévision, et l'achat de journaux sur le lieu de vos séjours à l'hôpital ou en clinique comprenant au moins une nuitée.

LE FORFAIT NAISSANCE BIENVENUE

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 11 ans, le versement d'un forfait naissance bienvenue pouvant être versé à votre demande sur un compte sur livret « P'tit Malin » de Groupama Banque, filiale du groupe Groupama.

La garantie casse et réparation pendant une période de 10 ans des prothèses dentaires suivantes réalisées par un chirurgien dentiste partenaire pendant la durée de validité du contrat

- Les prothèses dentaires conjointes : les couronnes, les bridges et les inlay-core. Nous prenons en charge, en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse aux frais réels déclarés par le chirurgien dentiste partenaire au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- Les prothèses dentaires adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine. En cas de casse de la prothèse en résine ou en cas de réadaptation de la base résine, nous versons un forfait de 150 €, dans la limite des frais réels.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

L'accès aux services de « tiers payant » (dispense d'avance de frais de santé) auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent le dispositif

L'accès aux réseaux de professionnels de santé partenaires

Nous avons passé des accords de partenariat avec des opticiens et des chirurgiens dentistes que vous êtes libres de consulter.

Vous bénéficiez des services offerts par eux dont les avantages sont mentionnés dans vos Conditions Personnelles.

L'accès aux services d'informations suivants

SERVICE «INFOS DEVIS»

- Il vous permet, avant d'engager une dépense de santé en optique ou en dentaire, de connaître avec précision le montant qui peut rester à votre charge après les remboursements de votre régime obligatoire et de votre contrat Groupama Santé Active.

SERVICE «INFO CONTRAT»

Il vous donne les renseignements sur les cotisations et les prestations de votre contrat Groupama Santé Active ainsi que sur les remboursements des régimes obligatoires.

2.4 Ce que nous ne garantissons pas

- Les dépenses médicales de personnes résidant hors de France métropolitaine ou Monaco.
- Les dépenses résultant de séjours en maison de repos ou de convalescence, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire, qui ne sont pas prises en charge par votre régime obligatoire.
- Les dépenses résultant de séjours dans un établissement psychiatrique ou neuro-psychiatrique au delà d'une durée cumulée de 30 jours par an et par bénéficiaire.
- Les dépenses résultant de séjours en centres ou unités de longs séjours pour personnes âgées ou en institut médico pédagogique.
- En cas d'hospitalisation, les dépenses personnelles non prises en charge par votre régime obligatoire autres que celles mentionnées sur vos Conditions Personnelles.
- Les produits d'entretien des lentilles.
- Les lunettes de soleil.
- Les traitements des verres des lunettes autres que ceux sélectionnés avec les opticiens partenaires.
- La prise en charge de dépenses restant à charge de l'assuré, conformément aux règles relatives aux contrats responsables.
- Au titre de la garantie casse et réparation des prothèses dentaires réalisées par un chirurgien dentiste partenaire :
 - toute réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale,
 - les implants,
 - les inlays / onlays,
 - pour les appareils adjoints en résine : tout acte autre que la réadaptation de la base résine ou la casse de la prothèse en résine,
 - les stellites (appareils adjoints reposant sur une base métallique),
 - les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.

Groupama a confié la gestion des garanties assistance de ses contrats à MUTUAIDE ASSISTANCE, filiale du groupe GROUPAMA.

3.1 Etendue territoriale

Les services d'informations santé, les services d'accompagnement ainsi que l'assistance santé à domicile sont mises en œuvre en France métropolitaine.

L'assistance santé aux personnes en déplacement est acquise dans le monde entier pour des séjours n'excédant pas 3 mois.

3.2 Conditions de mise en œuvre des garanties d'assistance

Les bénéficiaires disposent des garanties d'assistance décrites ci-après dès la prise d'effet du contrat et, le cas échéant, dans les conditions et limites indiquées sur vos Conditions Personnelles.

Les services d'assistance sont accessibles par téléphone 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Nous intervenons dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Les informations médicales relatives à la personne pour laquelle nous intervenons doivent être communiquées à nos médecins. Ces informations seront traitées avec confidentialité et dans le respect du secret médical.

Les prestations d'assistance à domicile sont mises en œuvre pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou un accident, ou pour faire suite à un décès. Cette incapacité devra être médicalement justifiée et prouvée par l'envoi d'un certificat médical descriptif.

Les prestations d'assistance doivent être organisées par nos soins, ou avec notre accord et sous réserve d'un appel téléphonique préalable.

3.3 Les services d'informations santé

- Le service « Info santé » pour vous donner des informations sur le monde de la santé et vous permettre ainsi d'obtenir :
 - des informations sur des questions médicales saisonnières ou d'actualité,
 - des renseignements pratiques sur les médecins, dentistes et autres professionnels de santé ainsi que sur les établissements hospitaliers de court séjour situés dans votre région,
 - les coordonnées des associations de malades et des organismes susceptibles de fournir une information dans le domaine de la santé.
- La recherche et l'envoi à votre domicile d'une infirmière, d'un kinésithérapeute et plus généralement de tout professionnel de santé situé à proximité de votre domicile. Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires restent à votre charge.
- La recherche et la réservation d'une place dans les établissements hospitaliers situés autour de votre domicile en fonction des disponibilités locales.

Les informations santé sont élaborées et validées par des experts du secteur de la santé. Aucune consultation médicale ne peut être donnée par téléphone. Nos services ne se substituent jamais aux professionnels de santé ou aux secours locaux d'urgence.

3.4 Les services d'accompagnement

Le service d'accompagnement médico-social

Ce service vous permet de bénéficier d'un programme d'accompagnement en cas de maladie, d'accident ou de décès de l'un des bénéficiaires :

- analyse de votre situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (transport, hébergement, aide à domicile...),
- 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 médico-sociale que nous proposons et que vous acceptez.

La prestation est soumise au secret professionnel et nous ne nous substituons pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

Le soutien psychologique en cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie

Ce service vous permet de bénéficier d'un soutien psychologique en cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie. La prestation est fournie dans le mois suivant la séance de traitement, dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire.

L'assistance jeune maman

Nous organisons et prenons en charge, dans le mois suivant la sortie de la maternité, l'envoi d'une auxiliaire de puériculture diplômée à votre domicile afin d'assister la jeune maman, pour une durée maximale de 6 heures. Cette prestation est accordée à l'occasion de chaque naissance survenant au foyer d'une bénéficiaire d'un contrat Groupama Santé Active.

3.5 L'assistance santé à domicile

Conditions de mise en œuvre de la garantie

- Les prestations d'assistance santé à domicile sont mises en œuvre :
 - pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire d'un bénéficiaire,
 - pour faire suite au décès d'un bénéficiaire.
- L'incapacité temporaire d'un bénéficiaire correspond à l'une des 2 situations suivantes :
 - l'immobilisation à son domicile (suite à hospitalisation ou non) pour une durée de plus de 8 jours consécutifs, pour des raisons médicalement justifiées et prouvées, faisant suite à une maladie ou un accident,
 - l'hospitalisation pour maladie, accident ou intervention chirurgicale dans un établissement de soins pour une durée de plus d'une journée.
- En cas de décès d'un bénéficiaire, les prestations décrites ci-dessous ne peuvent être accordées au delà des 30 jours qui suivent le décès.

En cas d'incapacité temporaire, les prestations décrites ci-dessous sont mises en œuvre si l'état de santé du bénéficiaire le nécessite. Elles ne peuvent aller au-delà de la durée de l'immobilisation et sont mises en œuvre dans la limite des contraintes locales.

Ce que nous garantissons

AIDE MÉNAGÈRE ET GARDE À DOMICILE

Dans la limite du nombre d'heures indiquées dans vos Conditions Personnelles, 2 fois par an et par bénéficiaire, nous mettons à votre disposition :

- une aide ménagère pour effectuer les tâches indispensables de la vie quotidienne, à raison de 2 heures consécutives par jour, dans la tranche horaire de 8h00 à 19h00, du lundi au vendredi, hors jours fériés,
- la garde à domicile par une personne compétente et qualifiée des enfants ou petits-enfants de moins de 15 ans dont vous avez la garde habituelle. Pour les enfants de moins de 3 ans, la personne compétente dispose impérativement d'un diplôme d'auxiliaire de puériculture. Ce service est accordé dès le premier jour, dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00 du lundi au vendredi, hors jours fériés, dans la limite des contraintes locales. Le transfert quotidien domicile / école / domicile est également compris dans la prestation pendant la durée de l'incapacité,
- la garde à domicile d'une personne dépendante habitant sous votre toit et dont vous avez la garde habituelle. Ce service est accordé dans une tranche horaire de 8h00 à 19h00 du lundi au samedi dans la limite des contraintes locales.

SERVICES DE RAPPROCHEMENT FAMILIAL, FRAIS DE LIVRAISON ET PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX

Dans la limite du montant indiqué dans vos Conditions Personnelles, 2 fois par an et par bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour, les prestations suivantes :

- le transport aller et retour d'un proche désigné par vous pour vous apporter une aide au quotidien. En cas d'hospitalisation uniquement, nous prenons également en charge ses frais d'hébergement à l'hôtel ou de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier pendant la durée de l'hospitalisation. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge,
- le transport aller et retour des enfants de moins de 15 ans du bénéficiaire décédé ou en incapacité temporaire, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous,
- le transport aller et retour de la personne dépendante restée seule, habitant sous votre toit et dont vous avez la garde habituelle, jusqu'au domicile d'un proche désigné par vous,
- les frais de livraison d'un repas par jour. Le coût des repas reste à votre charge,
- les frais de livraison des médicaments prescrits par le médecin. Le coût des médicaments reste à votre charge,

- si vous vivez seul et si personne n'est susceptible de s'occuper de vos animaux, dès le premier jour, la prise en charge des soins prodigués à vos animaux (pour l'alimentation, et pour la promenade) par la personne de votre choix, ou le transport de vos animaux jusqu'à la pension animalière la plus proche de votre domicile. Les frais de nourriture et de pension animalière ne sont pas pris en charge.

LE SOUTIEN SCOLAIRE

Si le bénéficiaire est un enfant de moins de 18 ans, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour, le soutien pédagogique pour sa scolarité en primaire ou secondaire, sous forme de cours particuliers à son domicile, hors vacances scolaires. Ce soutien pédagogique est accordé pour la durée de l'incapacité au maximum pour 1 mois, 2 fois par an et par contrat, à concurrence de 3 heures consécutives par jour ouvrable.

LA TÉLÉ - ASSISTANCE

Si le bénéficiaire a 60 ans au moins, nous prenons en charge la mise à disposition d'un dispositif de télé-assistance, 24 heures sur 24 pendant 1 mois, 2 fois par an et par contrat, pendant la validité du contrat.

3.6 L'assistance santé aux personnes en déplacement

Conditions de mise en œuvre de la garantie

Les garanties en cas d'accident de ski ainsi que les frais de recherche en mer et en montagne sont accordées une fois par an et par bénéficiaire sans limitation de distance de votre domicile.

Les autres garanties interviennent lors de déplacements au-delà de 50 km de votre domicile ou de votre résidence secondaire située en France si vous y résidez plus de 90 jours consécutifs.

Si vous vous déplacez à l'étranger pour un séjour de plus de 90 jours consécutifs, prenez contact préalablement avec un de nos conseillers santé.

La prise en charge de personnes autres que le bénéficiaire malade, blessé ou décédé s'entend sur la base d'un billet de train 1ère classe ou d'avion classe tourisme.

Ce que nous garantissons

VOUS ÊTES MALADE OU BLESSÉ AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

- Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement à votre domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous. La décision de rapatriement est prise par notre

médecin-conseil. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter la date du rapatriement et le choix du moyen de transport. Le lieu d'hospitalisation est choisi en fonction des exigences médicales, en accord avec vous-même ou votre entourage.

- Sur prescription médicale, nous organisons et prenons en charge le transport, à vos côtés, d'une personne qui voyageait avec vous
- Nous organisons et prenons en charge le transport à votre domicile des autres bénéficiaires qui voyageaient avec vous lors de l'événement, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.
- Nous organisons et prenons en charge le transport à votre domicile des bagages et des animaux familiers qui vous accompagnaient. Les frais de cage restent à votre charge.

VOUS ÊTES HOSPITALISÉ PLUS DE 10 JOURS CONSÉCUTIFS AU COURS D'UN DÉPLACEMENT

- Si vous êtes hospitalisé pour une durée médicalement prescrite de plus de 10 jours consécutifs au cours d'un déplacement garanti, que votre rapatriement ne peut être envisagé et que vous êtes seul sur place, nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour, à votre chevet, d'une personne désignée par vous-même et résidant en France métropolitaine.
- Les frais d'hébergement, y compris petits-déjeuners, de la personne qui se rend à votre chevet sont pris en charge dans la limite de 46 € par nuit, et de 230 € au total. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge.

Aucune durée minimale d'hospitalisation n'est exigée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE LORS D'UN DÉPLACEMENT

- Nous organisons et prenons en charge le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, Andorre et Principauté de Monaco ou jusqu'à l'aéroport international le plus proche du lieu de l'événement, en cas d'inhumation à l'étranger.
- Nous prenons en charge le coût du cercueil et les frais de mise en bière dans la limite de 460 €. Les frais de cérémonie et d'inhumation ne sont pas pris en charge.
- Si la présence d'un ayant-droit résidant en France métropolitaine, Andorre ou Principauté de Monaco, est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour de celui-ci.
- Nous organisons et prenons en charge le retour au domicile des autres bénéficiaires qui voyageaient avec le bénéficiaire décédé, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus.

VOUS DEVEZ INTERROMPRE VOTRE DÉPLACEMENT SUITE À HOSPITALISATION OU DÉCÈS D'UN PROCHE

Lorsqu'un de vos proches (conjoint, concubin, frère, sœur, ascendant, descendant) est hospitalisé pour une durée médicalement prescrite de plus de 10 jours, ou vient à décéder, et que vous êtes dans l'obligation d'interrompre votre déplacement, nous organisons et prenons en charge votre retour anticipé jusqu'au lieu de l'événement en France métropolitaine ou jusqu'à votre domicile.

VOUS AVEZ BESOIN DE FOURNITURES MÉDICALES LORSQUE VOUS ÊTES À L'ÉTRANGER

Nous organisons et prenons en charge les frais de recherche et d'envoi de :

- tout médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours,
- toute prothèse (optique, auditive) ou autres appareils, indispensable ou nécessaire dans les actes de la vie quotidienne.

Cette prestation est garantie sous réserve que les fournitures médicales soient introuvables ou irremplaçables sur place. Le coût des médicaments, prothèses ou autres, reste à votre charge.

VOUS DEVEZ COMMUNIQUER UN MESSAGE IMPORTANT À VOS PROCHES, EN FRANCE, ALORS QUE VOUS ÊTES À L'ÉTRANGER

Si vous êtes dans l'impossibilité de le faire, nous transmettons vos messages urgents ou nous vous mettons en relation avec le correspondant souhaité en France.

VOUS AVEZ BESOIN D'UNE AVANCE DE FONDS À L'ÉTRANGER

Vous pouvez disposer d'une avance de fonds dans la limite de 765 € en échange d'une reconnaissance de dette ou d'un chèque de caution remis à notre correspondant :

- en cas de frais inhérents à une hospitalisation imprévue,
- en cas de frais médicaux imprévus,
- en cas de perte ou de vol de vos moyens de paiement au cours du déplacement garanti. Dans ce cas, nous vous communiquons les coordonnées des organismes compétents pour les formalités à accomplir.

VOUS ÊTES VICTIME D'UN ACCIDENT DE SKI

En cas d'accident sur les pistes de ski légalement ouvertes, dès lors que vous nous avez contacté dans les 10 jours suivant l'accident, nous prenons en charge les frais suivants :

- les frais de descente en traîneau ou hélicoptère du lieu de l'accident jusqu'en bas des pistes ou jusqu'au centre de secours le plus proche du lieu de l'accident,

- le forfait de ski (remontées mécaniques) de la personne accidentée, acheté pour 3 jours minimum, dans la limite du nombre de jours restant à courir dès le lendemain de l'accident, et dans la limite de 76 €. Le remboursement s'effectue sur présentation du justificatif original dans le mois qui suit la date de l'accident.

DES FRAIS DE RECHERCHE EN MER ET EN MONTAGNE SONT ENGAGÉS

Nous remboursons les frais de recherche qui vous incombent, en cas d'intervention des services publics ou privés ou de sauveteurs professionnels dûment agréés, dans la limite de 4 600 €.

Ce remboursement intervient à condition que nous soyons informés dans les 3 jours suivant l'intervention, sauf cas de force majeure.

Ce que nous ne garantissons pas

Les prestations d'assistance santé aux personnes en déplacement ne sont pas mises en œuvre pour :

- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son voyage,
- les convalescences et les affections en cours de traitement non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- une infirmité préexistante,
- l'ivresse ou l'usage de médicaments ou stupéfiants non ordonnés médicalement au bénéficiaire.

Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par les soins de MUTUAIDE ASSISTANCE ou avec son accord ne donnent pas droit a posteriori à un remboursement ou une indemnité compensatrice.

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les pays ou régions en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les pays ou régions touchés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.

Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère.

Les exclusions générales des garanties d'assurance et d'assistance

Nous n'assurons jamais les conséquences :

- d'un acte du bénéficiaire s'il est intentionnel, frauduleux ou dolosif,
- de la guerre civile ou étrangère (art L121-8 du Code des Assurances),
- de la participation du bénéficiaire à des émeutes, grèves, mouvements populaires ou à une rixe, sauf cas de légitime défense,
- de la participation du bénéficiaire à un pari, un défi ou une tentative de record,
- de la pratique de tout sport à titre professionnel,
- de la participation du bénéficiaire comme organisateur ou concurrent à des épreuves ou manifestations nécessitant l'autorisation des pouvoirs publics,
- de la pratique par le bénéficiaire de sport aérien (vol-tige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ULM, parapente),
- des traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat,
- d'une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence du bénéficiaire ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin,
- de la désintégration de noyaux atomiques, et de tout phénomène de radiation ionisante.

5.1 Prise d'effet du contrat

Votre contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée sur vos Conditions Personnelles. Les garanties sont effectives à cette date. De même, toute modification du contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée sur les Conditions Personnelles qui l'enregistrent.

5.2 Durée du contrat

La durée de votre contrat est d'un an. Il est renouvelé de plein droit à la date d'échéance annuelle fixée dans vos Conditions Personnelles, sauf résiliation dans les cas désignés au paragraphe « la résiliation de votre contrat ».

5.3 Vos déclarations

Ce que vous devez déclarer à la souscription

Vous devez répondre exactement aux questions posées afin de nous permettre de déterminer exactement votre cotisation et de prendre en compte tous les bénéficiaires. Les informations demandées ne peuvent en aucun cas être relatives à l'état de santé des bénéficiaires. Si vous ou un des bénéficiaires de votre contrat êtes CMUiste, vous devez nous le déclarer.

Ce que vous devez déclarer en cours de contrat

Vous devez nous déclarer les événements suivants :

- changement de domicile,
- changement dans la composition de la famille assurée,
- changement de situation au regard de votre régime obligatoire, dont le fait que vous ou un des bénéficiaires de votre contrat êtes ou n'êtes plus bénéficiaire de la CMU,
- changement de vos activités professionnelles habituelles,
- changement du compte bancaire ou postal pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le virement de vos prestations.

Ces modifications doivent nous être signalées dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance.

Les conséquences de vos déclarations

- Si votre changement de situation constitue une diminution ou une aggravation de risque non lié à votre état de santé, nous pouvons vous proposer un nouveau montant de cotisation. Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions que nous vous proposons, vous pouvez demander la résiliation de votre contrat (paragraphe « la résiliation de votre contrat »).
- En cas de déclaration tardive, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard nous a causé un préjudice.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive entraîne la nullité du contrat et nous pouvons vous demander le remboursement des prestations indûment versées. Toute omission, déclaration inexacte ou involontaire entraîne une réduction proportionnelle des prestations et nous avons la possibilité de résilier le contrat. Cette résiliation prend effet 10 jours après que nous vous en ayons informé par lettre recommandée.

5.4 Vos cotisations

Le paiement de vos cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance à chaque échéance annuelle. Lorsque la cotisation annuelle est payable par fractions, le non paiement d'une fraction de la cotisation entraîne :

- l'exigibilité de toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance,
- le mode de paiement de la cotisation devient automatiquement annuel.

En cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, nous pouvons déclencher la procédure de recouvrement et de résiliation par lettre recommandée de mise en demeure.

En cas de non paiement, la garantie est suspendue au bout de 30 jours après la date de la lettre recommandée et le contrat résilié 10 jours après la date d'effet de la suspension. La suspension de la garantie ne dispense pas de l'obligation de payer les cotisations à leur échéance. Le recouvrement des cotisations peut être poursuivi en justice et la part des cotisations non courues conservée à titre d'indemnité.

L'évolution de vos cotisations

Vos cotisations sont fixées et évoluent en fonction des garanties que vous avez choisies et des caractéristiques des bénéficiaires du contrat.

Les cotisations peuvent être révisées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques d'une catégorie de contrats ou de l'ensemble des contrats en portefeuille.

IMPORTANT : en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences sur les garanties de votre contrat, vos cotisations peuvent être révisées soit immédiatement, soit à la prochaine échéance annuelle.

Si vous n'acceptez pas les nouvelles conditions que nous vous proposons, vous pouvez demander la résiliation de votre contrat (paragraphe « la résiliation de votre contrat »).

5.5 La modification de votre contrat

Vous pouvez demander la modification des garanties de votre contrat à l'échéance annuelle.

5.6 La résiliation de votre contrat

Vous pouvez résilier votre contrat soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit auprès de votre conseiller GROUPAMA contre récépissé.

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas suivants

- A l'échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois.
- Dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle vous avez eu connaissance d'une augmentation des cotisations.

Nous pouvons résilier votre contrat dans les cas suivants

- Si vous ne payez pas votre cotisation (cas prévu au paragraphe « Le paiement de vos cotisations »).
- En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle ou non intentionnelle dans les déclarations du risque à la souscription, moyennant un préavis de 10 jours.

Votre contrat peut être résilié de plein droit

- En cas de retrait de notre agrément.
- En cas de décès du souscripteur. Cependant, si le contrat garantit d'autres bénéficiaires, avec l'accord de GROUPAMA, les droits et obligations du souscripteur décédé peuvent être transférés à l'un d'entre eux. La désignation d'un nouveau souscripteur doit s'effectuer avant la prochaine échéance. A défaut, le contrat est résilié à cette date.
- Si le contrat souscrit par GAMAPI venait à être résilié, les adhérents continueraient à bénéficier auprès de GROUPAMA de tous les avantages liés à leur adhésion, jusqu'à extinction des garanties, dans la mesure où ils ont adhéré avant la résiliation du contrat.

5.7 Démarchage à domicile et vente à distance

- Si vous avez été démarché à votre domicile, votre résidence ou votre lieu de travail : conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances relatif au démarchage à domicile, toute personne physique qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre, un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours révolus à compter du jour de sa conclusion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter des pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

- Si votre contrat a été conclu à distance (par internet, par téléphone, par courrier ou par fax) : conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances relatif à la vente à distance, vous bénéficiez de la faculté de renoncer à votre contrat dans les 14 jours qui suivent sa date de conclusion sans motifs ni pénalités.

La survenance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de 14 jours rend impossible l'exercice du droit de renonciation.

Comment exercer votre droit de renonciation dans les deux cas précités ? Vous pouvez renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à votre caisse régionale ou à votre conseiller groupama selon le modèle de lettre ci-dessous.

Lettre type à nous adresser par lettre recommandée avec avis de réception :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon contrat d'assurance (références contrat) conclu par démarchage à domicile ou à distance (indiquez le mode de démarchage) le (XX/XX/XXXX) et demande le remboursement de la prime, déduction faite de la part correspondant à la période durant laquelle le contrat a été en vigueur. Dans ce cas, la résiliation de mon contrat prendra effet à la date de réception de la présente lettre ».

Le remboursement interviendra dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre.

5.8 Subrogation

Il s'agit de notre droit de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes que nous avons payées. Si, de votre fait, la subrogation ne peut plus s'exercer en notre faveur, notre garantie cesse d'être engagée dans la mesure où la subrogation aurait pu s'exercer.

5.9 Prescription

Aux termes de l'article L114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Aux termes de l'article L114-2 du Code des Assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'inter interruption de celle-ci, notamment par :

- une demande en justice (même en référé),
- un acte d'exécution forcée,

ainsi que par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par nous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

5.10 Médiation

En cas de réclamation relative à votre contrat, nous vous conseillons de vous adresser à votre Caisse Régionale. Par la suite, vous pouvez vous adresser au médiateur de GROUPAMA, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice. Les modalités d'accès à ce médiateur vous seront communiquées sur simple demande à votre correspondant habituel GROUPAMA.

5.11 Loi Informatique et Libertés

Les données personnelles vous concernant sont traitées dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est, nécessaire à la conclusion et à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées à votre assureur, ses prestataires, mandataires, réassureurs et organismes professionnels. Vous acceptez expressément le traitement des données relatives à votre santé, nécessaires à la gestion de vos garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical.

A l'exclusion de celles relatives à votre santé, elles sont également destinées à des fins commerciales aux sociétés et partenaires Groupama, sauf opposition de votre part mentionnée dans votre demande de souscription.

Si vous utilisez la carte Vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser à GROUPAMA un relevé d'information pour permettre la mise en oeuvre des prestations du contrat.

Vous autorisez également l'échange d'informations avec votre régime obligatoire à la seule fin du traitement des prestations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de communication et de rectification et d'opposition sur les informations qui vous concernent, en adressant votre demande à votre caisse régionale Groupama.

5.12 Organisme de contrôle

Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Groupama - Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles. Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 Paris.

