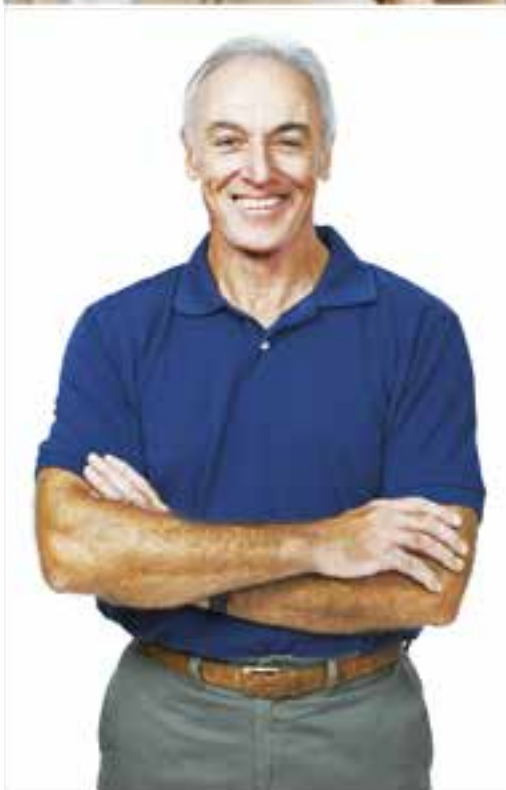




LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE LA BANQUE POSTALE

CONDITIONS GÉNÉRALES

applicables au 1^{er} janvier 2016



ASSURANCE SANTÉ

LEXIQUE

SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur est la personne physique signataire du contrat. Il peut, le cas échéant, ne pas bénéficier de la qualité d'assuré.

Lors de la souscription, le Souscripteur :

- doit être âgé de 18 ans minimum,
- doit résider en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer (DOM).
- ne doit pas avoir eu de contrat de complémentaire santé résilié par La Banque Postale Assurance Santé pour non-paiement de la cotisation au cours des 36 derniers mois.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

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

HANDICAP

Constitue un handicap, au sens de la loi 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 (Art. L.114 du Code de l'action sociale et des familles).

ACCIDENT

Tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une Atteinte Corporelle.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal. Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1^{re} et 2^{de} catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

HOSPITALISATION

Désigne un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. On qualifie d'hospitalisation d'urgence une hospitalisation qui n'était pas prévue à l'avance et supérieure à 24 heures.

ATTEINTE CORPORELLE

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

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Régime obligatoire couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité ou aux accidents.

MEMBRE DE LA FAMILLE DÉPENDANT

Membre de la famille dépendant à qui l'assuré principal majeur vient en aide à titre non professionnel. L'aide apportée par l'assuré principal peut être permanente ou non, au domicile du Membre de la famille dépendant à condition qu'il soit situé en France, ou au domicile de l'assuré principal. La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

IMMOBILISATION AU DOMICILE

Obligation de demeurer au domicile d'une durée supérieure à 5 jours si l'assuré se trouve dans l'incapacité d'accomplir, seul, au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer) médicalement constatée et attestée, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident corporel (sauf mention contraire).

CE QUE LE SOUSCRIPTEUR DOIT SAVOIR AVANT DE S'ENGAGER POUR TOUTE SOUSCRIPTION À DISTANCE

Les mentions légales de La Banque Postale Assurance Santé et de MONDIAL ASSISTANCE, figurent à la fin des présentes Conditions Générales du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale.

L'instance chargée du contrôle des activités de La Banque Postale Assurance Santé et de MONDIAL ASSISTANCE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61 rue Taitbout 75436 Paris CEDEX 09.

Le montant de la cotisation d'assurance est indiqué dans les Conditions Particulières.

Les garanties sont indiquées dans les présentes Conditions Générales. Les niveaux de couverture par garantie sont indiqués dans les Conditions Particulières et varient en fonction de la gamme et du niveau souscrits.

Les exclusions de garantie du contrat sont indiquées dans les Conditions Générales dans les rubriques « Les exclusions générales » et « Ce contrat ne prend en charge ».

La durée du contrat est d'un an renouvelable par tacite reconduction, à l'échéance du 1^{er} janvier de chaque année. Les garanties sont d'une durée viagère. Les garanties d'assistance sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale.

Le Souscripteur bénéficie d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus, soit à compter de la date de conclusion du contrat, soit à compter de la date de réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Les relations pré-contractuelles et contractuelles avec La Banque Postale Assurance Santé et MONDIAL ASSISTANCE sont régies par le droit français.

La Banque Postale Assurance Santé et MONDIAL ASSISTANCE s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées dans la rubrique « Réclamation-Médiation ».

SOMMAIRE

OBJET DU CONTRAT

I - LES GARANTIES FRAIS DE SOINS

1 Vos garanties

- 1.1 Les garanties « soins de ville »
- 1.2 Les garanties « hospitalisation »
- 1.3 Les garanties « dentaire »
- 1.4 Les garanties « optique »
- 1.5 Les garanties « appareillage »
- 1.6 Les garanties « médecines alternatives »
- 1.7 Les garanties « spécial maman »
- 1.8 Les garanties « prévention »
- 1.9 Les garanties « spécial senior »
- 1.10 La garantie « exonération des cotisations en cas de chômage total suite à un licenciement économique »

2 Les prestations

3 Les personnes couvertes par les garanties « frais de soins »

4 La territorialité des garanties frais de soins

5 Les exclusions générales

II - LES GARANTIES D'ASSISTANCE

1 Vos garanties

- 1.1 Aide à domicile
- 1.2 Téléassistance suite à une hospitalisation prolongée
- 1.3 Garde des enfants de moins de 16 ans et/ou d'un enfant handicapé
- 1.4 École à domicile
- 1.5 Garde des enfants de moins de 14 ans en cas d'arrêt de travail de la personne salariée en charge des enfants
- 1.6 Garde des ascendants
- 1.7 Visite d'un proche à votre chevet
- 1.8 Assistance retour de la maternité
- 1.9 Garde des animaux de compagnie
- 1.10 Téléconseil Santé

2 Les personnes couvertes par les garanties d'assistance

3 La territorialité des garanties d'assistance

4 Les exclusions générales

5 Les circonstances exceptionnelles

III - DISPOSITIONS COMMUNES

1 La vie du contrat

- 1.1 Déclarations du Souscripteur
- 1.2 Prise d'effet et durée du contrat
- 1.3 Délai d'attente
- 1.4 Modification du contrat
- 1.5 Cotisation

2 Le terme du contrat

- 2.1 Renonciation
- 2.2 Résiliation

3 Les dispositions diverses

- 3.1 Prescription
- 3.2 Subrogation
- 3.3 Informatique et libertés
- 3.4 Réclamation – médiation
- 3.5 Autorité de contrôle

OBJET DU CONTRAT

La Complémentaire Santé de La Banque Postale est un contrat d'assurance individuel relevant de la branche 2 (maladie) de l'article R321-1 du **Code des assurances**, assuré par La Banque Postale Assurance Santé, entreprise régie par le Code des assurances et soumis à la législation fiscale française.

Il a pour objet de garantir :

- le **remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation**, constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties en complément des prestations versées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français,
- l'exonération des cotisations du contrat en cas de chômage total du Souscripteur du présent contrat, sous conditions.

La Complémentaire Santé de La Banque Postale donne accès à des garanties d'assistance, assurées par MONDIAL ASSISTANCE, comme indiqué dans les Conditions Particulières.

La Complémentaire Santé de La Banque Postale est constituée :

- des présentes **Conditions Générales** qui établissent les garanties et les conditions d'application de ce contrat,

et

- des **Conditions Particulières** qui précisent, selon les garanties souscrites et les caractéristiques des personnes à assurer, le niveau détaillé des remboursements.

Ce contrat est qualifié de « **contrat responsable et solidaire** » :

La Complémentaire Santé de La Banque Postale s'inscrit dans le cadre du contrat « responsable et solidaire » tel que défini par les lois n°2004-810 du 13 août 2004, N°2013-1203 du 23 décembre 2013 et n°2014-892 du 8 août 2014, et leurs décrets d'application.

L'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale définit ainsi les planchers et plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

Ainsi, le contrat doit couvrir l'intégralité du Ticket Modérateur (TM) sur les tarifs servant de base au remboursement de la Sécurité sociale (dit « tarif de responsabilité » ou « tarif opposable ») pour l'ensemble des dépenses effectivement remboursées par l'Assurance Maladie, notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, y compris ceux liés à la prévention,
- les soins dentaires, y compris soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale,
- les frais d'acquisition d'un équipement optique (verre + monture). Si le contrat prévoit une prise en charge supérieure au TM et dans la limite des plafonds autorisés, la prise en charge du TM ne peut avoir lieu que tous les deux ans. A l'inverse, si le contrat n'offre pas de couverture au-delà du tarif de responsabilité, la prise en charge du TM doit être systématique,

- L'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.

Par exception, la prise en charge du TM n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermique et les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance Maladie est fixée à 15 % ou 30 % (médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible ou modéré) et les préparations homéopathiques.

Par ailleurs, lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, ceux-ci sont limités, dès lors que les médecins n'ont pas adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Le remboursement est alors plafonné par la double limite suivante :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas dépasser 100 % du tarif opposable (par exception 125 % pour les soins effectués en 2015 et 2016),
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS, en respectant une différence d'au moins 20 % de la base de remboursement.

Enfin, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, les garanties de ce contrat ne peuvent pas prendre en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnées respectivement aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale,
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Ce contrat est dit « solidaire », car il ne fixe pas la cotisation en fonction de l'état de santé des assurés et ne recueille aucune information médicale.

I - LES GARANTIES FRAIS DE SOINS

1

VOS GARANTIES

Comment sont exprimées les garanties ?

Les garanties sont exprimées :

- soit en **pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**,
- soit par un montant maximum par année civile ou par jour et par assuré en euros, dénommé ci-après « **forfait** ».

Les montants de remboursement dépendent du niveau de couverture choisi et sont indiqués dans les Conditions Particulières. Les « forfaits » sont accordés à chaque assuré inscrit au contrat.

La base de remboursement de la Sécurité sociale est un barème établi par la Sécurité sociale pour déterminer une norme de prix des actes et pour encadrer ainsi les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Gammes et niveaux de garanties

À la souscription, le nombre de personnes à assurer, ainsi que leur âge, déterminent la gamme à souscrire par le Souscripteur. Il existe plusieurs gammes. Au sein de chacune de ces gammes, le Souscripteur a le choix entre plusieurs niveaux de garanties, selon ses besoins. Les Conditions Particulières précisent la gamme adaptée et le niveau de garanties choisi. Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la prise d'effet du contrat et durant la période de garantie. Les remboursements ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles engagées par l'assuré.

Dans les conditions et les limites du niveau de garanties choisi, et mentionnées aux Conditions Particulières, le contrat garantit à chaque assuré :

1.1 LES GARANTIES « SOINS DE VILLE »

Sont pris en charge dans le cadre de ces garanties :

- les **honoraires de médecins généralistes et spécialistes**,
- les **actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie**,
- les **analyses médicales et examens de laboratoire**,
- les **actes des auxiliaires médicaux**,
- les **frais de transport de l'assuré**,
- les **médicaments**,
- la **franchise applicable aux actes techniques médicaux lourds dont le montant est fixé par l'État**.

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

LE + GARANTIES « SOINS DE VILLE »

Selon la gamme et le niveau souscrits, l'assuré dispose d'un forfait supplémentaire, acquis au 1^{er} janvier suivant la date d'effet du contrat, pour couvrir les dépassements d'honoraires en soins de ville, pour les consultations de généralistes et de spécialistes, en complément de ce qui est déjà versé dans le cadre de la garantie consultation dans la limite des frais réels engagés et du montant du forfait à la date de la consultation et sous réserve du respect des règles applicables au contrat « responsable ».

Ce forfait augmente chaque année dans les limites indiquées aux Conditions Particulières.



Ce contrat ne prend pas en charge :

- la **majoration pour visite à domicile, fixée par la Sécurité sociale, lorsque la visite à domicile répond à une exigence particulière du malade et n'est pas justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou des conditions socio-environnementales définies par la Sécurité sociale**,
- les **frais médicaux de toute nature n'ayant pas donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale de la personne assurée, sauf ceux expressément prévus dans la garantie**.

1.2 LES GARANTIES « HOSPITALISATION »

Est considérée comme une hospitalisation tout séjour dans un établissement de soins privé ou public agréé par le ministère de la Santé.

Sont pris en charge dans le cadre de ces garanties :

- les **frais de séjour**,
- les **honoraires médicaux**,
- la **franchise applicable aux actes techniques médicaux lourds dont le montant est fixé par l'État**,
- les **frais de transport de l'assuré**,
- la **chambre particulière dans la limite des plafonds journaliers prévus dans la limite de 90 jours par an pour un séjour en psychiatrie, en cas d'hospitalisation donnant lieu à un séjour d'au moins une nuit**,
- le **forfait hospitalier**,
- la **chambre particulière pour les soins ambulatoires, dans la limite du plafond journalier**.



Ce contrat ne prend pas en charge :

- les séjours dans les établissements suivants :
 - les centres de rééducation professionnelle,
 - les hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics,
 - les centres et instituts médico-pédagogiques,
 - les instituts médico-pédagogiques professionnels,
 - les centres d'aide par le travail,
 - les établissements de long séjour et les sections de long séjour,
 - les maisons d'enfants à caractère sanitaire,
 - les maisons d'accueil spécialisé,
- la chirurgie esthétique non consécutive à un accident,
- les actes médicaux dispensés dans le cadre d'une thalassothérapie.

LE + GARANTIES « HOSPITALISATION »

Selon la gamme et le niveau souscrits, l'assuré dispose d'un forfait complémentaire hospitalisation, acquis au 1^{er} janvier suivant la date d'effet du contrat, dont le montant, fixé dans les Conditions Particulières, augmente avec l'ancienneté du contrat. Ce forfait intervient en complément de ce qui est déjà versé dans le cadre de la garantie hospitalisation, dans la limite des frais réels engagés et du montant du forfait à la date de l'hospitalisation. Il ne peut être utilisé que pour des dépenses liées à une hospitalisation, à savoir : chambre particulière ou dépassement d'honoraires lié à une hospitalisation.

1.3 LES GARANTIES « DENTAIRE »

Les soins dentaires

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

Les prothèses dentaires fixes

Il s'agit des **couronnes**, et des **bridges** (piliers et intermédiaires de bridge). Ces prothèses sont prises en charge dans la limite d'un plafond annuel. Au-delà de ce plafond, seul le Ticket Modérateur sera pris en charge.

LE + GARANTIES « DENTAIRE »

Selon la gamme et le niveau souscrits, chaque couronne est prise en charge dans la limite d'un forfait indiqué aux Conditions Particulières. Ce forfait est majoré au 1^{er} janvier suivant la date d'effet du contrat, et de nouveau au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Les prothèses dentaires mobiles

Il s'agit des actes pris en charge par la Sécurité sociale, ci-dessous :

- appareils partiels et complets,
- plaques base métallique,
- contre-plaque,
- appareil provisoire.

Plafond global annuel

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

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

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

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

L'implantologie

Sont pris en charge les implants dentaires dans la limite d'un forfait annuel.

L'orthodontie

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

Les remboursements sont limités à :

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

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

Parodontologie

Sont pris en charge les actes de parodontologie non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'un forfait annuel.

1.4 LES GARANTIES « OPTIQUE »

Monture

Est prise en charge la monture dans la limite d'un forfait par assuré.

Verres

Sont pris en charge les verres dans la limite d'un forfait par verre et par assuré.

Le montant du forfait verres varie selon :

- la catégorie des verres : simples ou complexes,
- l'âge de l'assuré : moins de 18 ans ou 18 ans et plus, au 31 décembre de l'année d'utilisation de la garantie.

LE + GARANTIES « OPTIQUE »

Selon la gamme et le niveau souscrits, le forfait verres exprimé par assuré, dans la limite des frais réels, est majoré :

- au 1^{er} janvier en cas de non-utilisation du forfait « verres » l'année précédente,
- au 1^{er} janvier en cas de non-utilisation du forfait « verres » les deux années précédentes.

LIMITES DES GARANTIES « OPTIQUE »

Les garanties « optique » sont :

- **limitées à une paire de lunettes tous les deux ans pour les assurés de 18 ans et plus**, même en cas de verres cassés ou perdus,
- **limitées à une paire de lunettes par année civile pour les assurés de moins de 18 ans**, même en cas de verres cassés ou perdus.

Ces limites ne s'appliquent pas en cas de :

- **changement de dioptries.** Le changement de correction du verre nécessite une nouvelle consultation chez un médecin ophtalmologiste,
- **prescription** à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et d'une paire de lunettes pour la vision de loin.

➔ Dans ces deux cas, les montants des forfaits attribués pour les verres sont identiques pour les deux paires prescrites.



Ce contrat ne prend pas en charge :

- les étuis à lunettes,
- les lunettes de soleil,
- les produits d'entretien,
- les cordons à lunettes.

Lentilles

Sont prises en charge les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables) dans la limite d'un forfait annuel par assuré.

Chirurgie réfractive

Est prise en charge la chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale dans la limite d'un forfait annuel par assuré.

1.5 LES GARANTIES « APPAREILLAGE »

Prothèses et orthopédie

Sont prises en charge les prothèses et l'orthopédie remboursées par la Sécurité sociale.

Appareil auditif

Sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré :

- les appareils auditifs prescrits et remboursés par la Sécurité sociale,
- l'entretien et la réparation des appareils.

Prothèses mammaires et capillaires

Sont prises en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré, les prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale.

1.6 LES GARANTIES « MÉDECINES ALTERNATIVES »

Ostéopathie et chiropractie

Sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré, les actes réalisés par un ostéopathe ou un chiropracteur, non remboursés par la Sécurité sociale.

1.7 LES GARANTIES « SPÉCIAL MAMAN »

Psychomotricité

Sont pris en charge les actes réalisés par les psychomotriciens, non remboursés par la Sécurité sociale, dans les limites annuelles d'un forfait et d'un nombre de séances.

Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 14 ans

Sont pris en charge les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par la Sécurité sociale, facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un assuré de moins de 14 ans dans la limite d'un forfait journalier.

Cette prestation est limitée à 90 jours par année civile en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Obstétrique

En complément de la garantie hospitalisation, la prise en charge est majorée en obstétrique dans les limites prévues aux Conditions Particulières.

Forfait naissance

Il s'agit d'un forfait versé au Souscripteur en cas de naissance d'un enfant ou d'adoption d'un enfant mineur et si celui-ci est inscrit ultérieurement comme assuré au contrat et à condition que le contrat ait pris effet avant la naissance de l'enfant.

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

Chambre d'inhalation pour enfant

Est prise en charge la chambre d'inhalation, prescrite et remboursée par la Sécurité sociale, vendue en pharmacie, dans la limite d'un forfait annuel. Ce forfait vient en complément du remboursement au titre de la garantie appareillage.

1.8 LES GARANTIES « PRÉVENTION »

Selon la gamme et le niveau souscrits, sont pris en charge dans la limite d'un forfait annuel par assuré comme indiqué aux Conditions Particulières, pour les postes suivants :

- **contraceptifs** prescrits non remboursés par la Sécurité sociale,
- **substituts nicotiniques** remboursés ou non par la Sécurité sociale,
- les actes de **pédicurie et podologie** non remboursés par la Sécurité sociale.

1.9 LES GARANTIES « SPÉCIAL SENIOR »

Lit d'accompagnant d'un assuré de plus de 70 ans

Selon la gamme et le niveau souscrits, sont pris en charge les frais de lit d'accompagnant, non remboursés par la Sécurité sociale, facturés par un établissement hospitalier, suite à l'hospitalisation d'un assuré de plus de 70 ans, dans la limite d'un forfait journalier. Cette prestation est limitée à 90 jours par année civile en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Cure thermique

Selon le niveau de garantie souscrit et dans la limite d'un forfait annuel par assuré, sont pris en charge les frais engagés dans le cadre de cures thermales prescrites médicalement dès lors que ceux-ci sont partiellement remboursés par la Sécurité sociale.



Ce contrat ne prend pas en charge :

- les cures autres que les cures thermales,
- la thalassothérapie,
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale dans le cadre d'une cure.

Forfait médicaments prescrits non remboursés

Selon la gamme et le niveau souscrits, sont pris en charge les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin, dans la limite d'un forfait annuel par assuré.

1.10 LA GARANTIE « EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS DE CHÔMAGE TOTAL SUITE À UN LICENCIEMENT ÉCONOMIQUE »

En cas de chômage total du Souscripteur, âgé de 18 à 60 ans inclus, et pour l'ensemble des personnes assurées par le contrat, cette garantie accorde l'exonération de la cotisation mensuelle totale, dans les conditions suivantes :

- l'exonération produit ses effets à partir du 7^e mois à compter du 1^{er} jour d'indemnisation par le Pôle Emploi,
- l'exonération dure au maximum 12 mois (soit du 7^e mois au 18^e mois indemnisé par le Pôle Emploi),
- il doit s'écouler une période minimum de 12 mois entre deux périodes d'indemnisation au titre de cette garantie.

Le montant de l'exonération équivaut aux cotisations à payer par le Souscripteur pendant la période d'indemnisation, y compris les évolutions de la cotisation.

Pour que cette garantie soit applicable, il faut que le Souscripteur au chômage :

- ait souscrit depuis au minimum un an son contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale,
- soit titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois à la date du licenciement,
- soit affilié au régime d'indemnisation Pôle Emploi au moment de la déclaration du sinistre,
- soit licencié pour motif économique.

Pièces justificatives à fournir

Après la déclaration de perte d'emploi, devront être adressés à La Banque Postale Assurance Santé les documents suivants :

- la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage, délivrée par le Pôle Emploi,
- les décomptes d'allocations Pôle Emploi depuis l'origine de l'événement.

Par la suite, afin de continuer à bénéficier de l'exonération de cotisation, le Souscripteur devra fournir chaque mois à La Banque Postale Assurance Santé, et sans interruption, les décomptes d'allocations Pôle Emploi. À défaut, l'exonération de cotisation sera suspendue.

Par ailleurs, La Banque Postale Assurance Santé peut demander tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Cessation de l'exonération

L'exonération de cotisation cesse à la fin du mois de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise d'une activité salariée rémunérée totale ou partielle,
- la cessation du versement des allocations par le Pôle Emploi,
- la cessation d'activité professionnelle,
- la résiliation des garanties,
- le décès du Souscripteur.

Cessation de garantie

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de résiliation par le Souscripteur à l'échéance annuelle,
- en cas de cessation d'activité professionnelle,
- en cas de non-paiement des cotisations.

Modification des garanties ou de l'adhésion pendant la période d'exonération de la cotisation

Pendant la période d'exonération de la cotisation, le Souscripteur ne peut pas modifier ses garanties à la hausse ni affilier un nouvel assuré, à l'exception d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.

2

LES PRESTATIONS

Pour être remboursés, les frais de santé doivent être :

- expressément mentionnés dans les Conditions Particulières en vigueur à la date des soins,
- prescrits par une autorité médicale qualifiée, sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties,
- effectués et/ou prescrits pendant la période de garantie,
- pris en charge par la Sécurité sociale, sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeure, être transmises à La Banque Postale Assurance Santé au plus tard dans les 2 ans suivant la date des soins. Les frais liés à la production des pièces justificatives sont à la charge de l'assuré. Les garanties de même nature, auprès de plusieurs organismes d'assurance, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, l'assuré du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme d'assurance de son choix.

Pour obtenir le règlement des prestations, les assurés doivent adresser à La Banque Postale Assurance Santé :

- concernant les soins remboursés par la Sécurité sociale :
 - les décomptes originaux du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français,
 - les factures acquittées et détaillées selon le type de soins.
- concernant les soins non remboursés par la Sécurité sociale :
 - la prescription médicale,
 - les factures acquittées et détaillées.
- concernant les séjours en hospitalisation :
 - le bulletin d'hospitalisation,
 - les factures acquittées et détaillées.
- concernant les soins effectués à l'étranger et couverts par la Sécurité sociale :
 - les factures acquittées, détaillées et traduites.

Si les services informatiques assurent les liaisons entre les caisses gérant le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et La Banque Postale Assurance Santé, les informations du décompte de prestations du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire sont directement envoyées par télétransmission (NOEMIE). Dans ce cas, l'assuré n'a donc pas à adresser par courrier son décompte de prestations du régime obligatoire.

Si l'assuré ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission (NOEMIE), il doit le notifier par écrit à La Banque Postale Assurance Santé.

3

LES PERSONNES COUVERTES PAR LES GARANTIES « FRAIS DE SOINS »

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

- est âgée de moins de 81 ans au 31 décembre de l'année de la prise d'effet des garanties,
- réside en France métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer (DOM),
- est affiliée à un Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français.

On distingue :

- l'assuré principal,
- les autres assurés au contrat, qui peuvent être :
 - son conjoint non divorcé, son concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité non séparé,
 - les enfants de l'assuré principal ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans,
 - les enfants handicapés de l'assuré principal ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, quel que soit leur âge.

Le Souscripteur, lorsqu'il est assuré, est l'assuré principal.

4

LA TERRITORIALITÉ DES GARANTIES FRAIS DE SOINS

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

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

Est exclu tout versement de prestations résultant de :

- la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré,
- la pratique d'un sport à titre professionnel,
- les risques de guerre civile ou étrangère, les émeutes ou les mouvements populaires,
- les risques liés à l'atome,
- les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie,
- les frais de traitement ou d'opérations de rajeunissement, les soins de remise en forme.

II - LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale sont **assurées par MONDIAL ASSISTANCE, selon la gamme souscrite et indiquée dans les Conditions Particulières.**

MONDIAL ASSISTANCE s'engage à mettre en œuvre 24h/24, 7j/7, tous les moyens nécessaires afin de répondre dans les meilleures conditions, notamment en termes de qualité de service, à ses engagements pris au titre du présent Contrat.

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, MONDIAL ASSISTANCE afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

Les garanties d'assistance sont réalisées au domicile principal ou secondaire de l'assuré.

1.1 AIDE À DOMICILE

En cas de maladie soudaine médicalement constatée ou d'un accident de l'assuré, MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition de l'assuré une aide à domicile.

L'aide à domicile peut :

- dispenser des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- prodiguer des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- effectuer les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, etc.) au domicile de l'assuré.

Chaque prestation d'aide à domicile dure au minimum 2 heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assuré, par le service médical de MONDIAL ASSISTANCE, dans les limites précisées ci-dessous. Elle peut s'appliquer dès le premier jour, si nécessaire. La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

La mise en œuvre de l'aide à domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de prestataires référencés par MONDIAL ASSISTANCE. Le délai pour la mise en place de la garantie est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

► En cas d'hospitalisation d'au moins 3 nuits

L'assuré peut bénéficier des services d'une aide à domicile, à concurrence de **30 heures maximum** réparties sur un mois :

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

Uniquement pour les assurés de la gamme Senior, la prise en charge est étendue aux hospitalisations d'au moins 3 nuits, non liées à une maladie soudaine ou à un accident de l'assuré.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de MONDIAL ASSISTANCE.

► En cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours

L'assuré peut bénéficier des services d'une aide à domicile, à concurrence de **30 heures maximum** réparties sur un mois :

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

Uniquement pour les assurés de la gamme Senior, la prise en charge est étendue aux immobilisations supérieures à 5 jours non liées à une maladie soudaine ou à un accident de l'assuré.

► En cas de décès d'un assuré

Le conjoint survivant, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité vivant sous le même toit que lui, peut bénéficier des services d'une aide à domicile, à concurrence de **30 heures maximum** réparties sur un mois à compter du décès, pour l'aider à faire face aux obligations domestiques.

► En cas d'intervention chirurgicale d'un assuré de 60 ans et plus

L'aide à domicile peut être octroyée dans le cas d'une intervention ayant nécessité une hospitalisation de moins de 48 heures, à concurrence de **30 heures** réparties sur un mois.

► En cas de séances de chimiothérapie ou de radiothérapie

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition de l'assuré une aide à domicile à concurrence de deux fois 2 heures après chaque séance en milieu hospitalier dans la limite de **30 heures par année civile**.

1.2 TÉLÉASSISTANCE SUITE À UNE HOSPITALISATION PROLONGÉE

Si l'assuré est âgé de plus de 60 ans, pendant sa convalescence après une hospitalisation supérieure à 15 jours, et sous réserve de l'accord préalable d'un médecin Mondial Assistance, MONDIAL ASSISTANCE met à sa disposition un appareil de téléassistance pendant une durée de 3 mois.

1.3 GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS ET/OU D'UN ENFANT HANDICAPÉ

► En cas d'hospitalisation d'urgence ou de décès de l'un des parents assurés

À la suite d'une hospitalisation d'urgence de l'assuré pour une durée excédant 3 jours ou en cas de décès de l'assuré, et si aucun assuré ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

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

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

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

Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département d'Outre-Mer que l'assuré.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

► En cas de maladie soudaine médicalement constatée par une autorité compétente ou d'un accident de l'enfant âgé de moins de 16 ans ou de l'enfant handicapé

En cas de maladie imprévue ou d'accident de l'enfant de l'assuré nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 48 heures, et si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que les parents de l'enfant ne peuvent assumer cette tâche, MONDIAL ASSISTANCE :

- fournit une aide maternelle et prend en charge sa rémunération à concurrence de 30 heures, réparties sur un mois à compter de la date de la maladie ou de l'accident,
- ou organise et prend en charge le déplacement aller-retour par train** d'un proche résidant en France pour garder les enfants au domicile de l'assuré.

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

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

L'appréciation du médecin doit être confirmée à MONDIAL ASSISTANCE par l'envoi ultérieur d'un certificat médical dans un délai de 48 h. Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), le déplacement des personnes est pris en charge si le transfert a lieu dans le même département de domiciliation que l'assuré.

1.4 ÉCOLE À DOMICILE

En cas d'accident ou de maladie imprévue entraînant une immobilisation au domicile et si l'enfant scolarisé de l'assuré principal, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité vivant sous le même toit que lui, se trouve dans l'incapacité, médicalement constatée, de poursuivre normalement sa scolarité, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines, MONDIAL ASSISTANCE fournit une aide pédagogique à partir du 15^e jour.

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

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

L'assuré doit justifier sa demande en adressant à MONDIAL ASSISTANCE un certificat médical précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de son état, se rendre dans son établissement scolaire et la durée prévue de son immobilisation.

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

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

Sont exclues les phobies scolaires.

1.5 GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE LA PERSONNE SALARIÉE EN CHARGE DES ENFANTS

En cas d'arrêt de travail, consécutif à une maladie ou à un accident, de la personne salariée en charge des **enfants** de l'assuré principal, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité, vivant habituellement au foyer et **âgés de moins de 14 ans**, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- soit la présence d'une aide maternelle pour garder les enfants au domicile de l'assuré à concurrence de **10 heures pendant 2 jours** ouvrés consécutifs maximum,
- soit le transfert par train* des enfants chez un proche résidant en France métropolitaine,
- soit l'acheminement par train* d'un proche résidant en France métropolitaine pour garder les enfants au domicile de l'assuré.

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

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

Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département d'Outre-Mer que l'assuré.

Un justificatif de l'arrêt de travail sera demandé et devra être adressé à MONDIAL ASSISTANCE sous 48 h.

1.6 GARDE DES ASCENDANTS

Si à la suite d'une hospitalisation d'urgence excédant 3 jours ou d'une d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours, ou en cas de décès de l'assuré et si aucun proche ne peut assumer la garde des ascendants de l'assuré principal, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité vivant habituellement au foyer, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

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

Pour les assurés de la gamme Senior, cette garantie est étendue à la garde des membres de la famille dépendant.

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

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

Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département d'Outre-Mer que l'assuré.

1.7 VISITE D'UN PROCHE À VOTRE CHEVET

En cas d'hospitalisation d'urgence de l'assuré de plus de 3 jours ou d'immobilisation à son domicile supérieure à 5 jours, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge la présence, à son chevet, d'un proche résidant en France.

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

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

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

Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même Département d'Outre-Mer que l'assuré.

1.8 ASSISTANCE RETOUR DE LA MATERNITÉ

► Aide à domicile lors du séjour en maternité

- **Quelle que soit la durée du séjour en maternité, 8 heures d'aide ménagère** - entretien courant du foyer, achats quotidiens ou encore préparation des repas - sont attribuées à l'assurée dans le mois qui suit son retour au domicile.
- **Si le séjour en maternité de l'assurée est supérieur à 8 jours ou en cas de naissances multiples**, l'assurée peut bénéficier des services d'une aide à domicile, pendant une période maximale d'un mois, dans les conditions ci-après :
 - pendant son séjour en maternité pour aider les autres membres de sa famille à faire face, en son absence, aux obligations domestiques. L'aide à domicile peut ainsi assurer tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas,
 - à son retour au domicile, pour la soulager d'une partie des tâches ménagères que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'assurée, par le service médical de MONDIAL ASSISTANCE. Elle ne peut dépasser **30 heures** pendant un mois, à compter du retour au domicile. Elle peut s'appliquer dès le premier jour, si nécessaire.

► Garde des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, et si l'assurée ne peut s'occuper des enfants de l'assuré principal, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité, vivant habituellement au foyer et âgés de moins de 16 ans ou handicapés, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge :

- soit le déplacement aller-retour par train* d'un proche résidant en France pour garder les enfants au domicile de l'assurée,
- soit le transfert aller-retour par train* des enfants chez un proche résidant en France ; en cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires,
- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et retour au domicile à raison de 2 fois par jour pendant 5 jours répartis sur une période d'un mois,
- soit la garde des enfants âgés de moins de 16 ans, dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de l'événement ; une aide maternelle assure alors la garde, au domicile de l'assuré, cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

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

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

Pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), ces deux premières prestations sont accordées si le transfert des personnes a lieu dans le Département français d'Outre-Mer où est domiciliée l'assurée.

► Informations en puériculture

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

- Santé
 - les soins du nouveau-né,
 - les vaccinations du nouveau-né,
 - l'alimentation du bébé,
 - évolution et développement du bébé.
- Modes de garde
 - l'inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile (employés au domicile), assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile.
- Informations juridiques et administratives
 - informations juridiques : la filiation légitime, naturelle, adoptive, autorité parentale, obligations alimentaires, assistance éducative, tutelle,
 - informations fiscales et démarches administratives : déclaration de naissance, remboursement de Sécurité sociale des séances de préparation à l'accouchement, congés de naissance ou d'adoption, congé paternité, prestations familiales.

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

► Un service de soutien psychologique

MONDIAL ASSISTANCE intervient lorsque l'assurée est victime d'un traumatisme psychologique suite à une fausse-couche, un « baby blues », la naissance d'un prématuré, l'hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'enfant.

- Accueil et consultation psychologique
MONDIAL ASSISTANCE met à la disposition de l'assurée un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone, d'une durée moyenne de 45 minutes, et prend en charge le coût de cette consultation.
- Suivi psychologique
À la suite de cette première consultation, et selon le diagnostic établi, l'assurée peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum, effectuées :
 - soit par téléphone auprès du même psychologue,
 - soit au cabinet d'un des psychologues cliniciens agréés par MONDIAL ASSISTANCE, proche du domicile de l'assurée ou, sur demande, auprès d'un psychologue de son choix.

MONDIAL ASSISTANCE prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'assurée, MONDIAL ASSISTANCE rembourse, sur justificatif, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € TTC par consultation.

Les prestations « consultation psychologique » sont limitées à un événement traumatisant, par assurée et par année d'assurance. Les prestations sont valables dans l'année qui suit l'accouchement de l'assurée.

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

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'assurée est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave, nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé,
- pour les consultations et le suivi psychologique, en dehors de la France métropolitaine.

1.9 GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours, l'assuré peut bénéficier des services « garde des animaux de compagnie » pendant une période maximale de 30 jours. MONDIAL ASSISTANCE organise et prend en charge, dans un rayon de 50 km du domicile de l'assuré :

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

1.10 TÉLÉCONSEIL SANTÉ

Cette garantie est réservée aux assurés de la gamme Senior.

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), MONDIAL ASSISTANCE communique des informations et conseille l'assuré dans les domaines suivants :

- Questions médicales face à un symptôme : lorsque l'assuré s'interroge face à un symptôme ressenti, le service médical de MONDIAL ASSISTANCE lui fournit une aide à la compréhension du symptôme et le renseigne sur la possibilité qui s'offrent à l'assuré : nécessité d'être orienté vers un médecin (de façon urgente ou différé), conseils relatifs à l'utilisation de médicaments stockés, achat d'un médicament sans ordonnance.

- Informations médicales et parcours de santé : un médecin de MONDIAL ASSISTANCE répond aux questions de l'assuré relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

L'assuré peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

- Orientation vers un centre médical de référence spécialisé : lorsque l'assuré doit subir une intervention chirurgicale grave ou lorsqu'il fait face à une maladie chronique déclarée, il peut demander une orientation vers un service médical ou chirurgical de référence spécialisé.

MONDIAL ASSISTANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale. En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, l'assuré prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

2

LES PERSONNES COUVERTES PAR LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les assurés des garanties d'assistance sont toute personne physique, ayant la qualité d'assuré au titre des garanties « Frais de soins » du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale.

Par extension :

- le terme : **enfant(s)**, au titre des Garanties d'assistance, définit le(s) enfant(s) de l'assuré principal du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité vivant sous le même toit que lui, même toit que lui, que cet(ces) enfant(s) soit(soient) assuré(s) ou non par le contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale.
- le terme : **ascendant(s)**, au titre des Garanties d'assistance, définit le(s) ascendant(s) de l'assuré principal du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale, de son conjoint, concubin ou partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité vivant sous le même toit que lui, même toit que lui, que cet(ces) ascendant(s) soit(soient) assuré(s) ou non par le contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale.

3

LA TERRITORIALITÉ DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Les garanties d'assistance sont délivrées uniquement sur le territoire du domicile de l'assuré : en France métropolitaine, Andorre et Départements d'Outre-Mer (DOM : Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion).

4

LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales.

Les prestations qui n'ont pas été utilisées par l'assuré lors de la durée de la garantie, ne font pas l'objet d'une indemnité compensatoire.

Sont exclus les dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

Sont également exclus :

- les interventions ou traitements d'ordre esthétique qui ne sont pas la conséquence d'une maladie ou d'un accident,
- les conséquences d'un état de grossesse n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 3 jours,
- les maladies chroniques ayant déjà été prises en charge une fois dans le cadre des garanties d'assistance du présent contrat, ainsi que les maladies chroniques pour la garantie immobilisation au domicile (sauf mention contraire).
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide de l'assuré,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par l'assuré ou l'absorption par l'assuré de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les dommages provoqués intentionnellement par un assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées.

5

LES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

MONDIAL ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le présent Contrat.

Cependant, elle ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités publiques,
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme,
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc.,
- par les cataclysmes et catastrophes naturelles (tremblement de terre, éruption volcanique, raz-de-marée, cyclone, glissement de terrain, rupture de barrage),
- par les dommages ou l'aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, par tous combustibles nucléaires, produits ou rejets radioactifs, toutes sources de rayonnements ionisants,
- par tous les cas de force majeure tels que définis par la jurisprudence des Tribunaux français, rendant impossible l'exécution du présent Contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- 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 états pathologiques résultant :
 - d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc., ou à effets toxiques rémanents,
 - d'une contamination par radionucléides.

III – DISPOSITIONS COMMUNES

1

LA VIE DU CONTRAT

1.1 DÉCLARATIONS DU SOUSCRIPTEUR

La souscription du contrat est établie d'après les déclarations du Souscripteur et la cotisation est fixée en conséquence. Il doit répondre avec précision aux questions posées et aux demandes de renseignements faites lors de la souscription.

En cours de contrat, le Souscripteur doit déclarer à La Banque Postale Assurance Santé tout changement de nature à modifier la nature du risque à garantir :

- changement de l'adresse de l'assuré principal,
- ajout ou retrait d'un assuré,
- changement de Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, ainsi que toute modification de nature à modifier les modalités de gestion du contrat,
- changement de numéro de Sécurité sociale,
- changement de coordonnées bancaires.

Le contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale peut faire l'objet de nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur, et les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts (article L113.8 du Code des assurances).

1.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Dates de conclusion et de prise d'effet du contrat

Le contrat est conclu à compter de la date mentionnée dans les Conditions Particulières. Les garanties prennent effet à compter de la date mentionnée dans les Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Durée du contrat

La Complémentaire Santé de La Banque Postale est un contrat à durée annuelle. Il est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire fixée au 1^{er} janvier de chaque année. Toutes les garanties de ce contrat sont viagères.

1.3 DÉLAI D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est appliqué à votre contrat.

1.4 MODIFICATION DU CONTRAT

Modification du niveau de garanties

Le niveau des garanties choisi au moment de la souscription s'applique à l'ensemble des assurés de ce contrat. La modification des niveaux de garanties est possible à chaque échéance principale du contrat, soit le 1^{er} janvier de chaque année.

Modification de la gamme

Si la situation des personnes à assurer change, une nouvelle gamme plus adaptée, sera proposée au Souscripteur. Cette modification est possible à tout moment en cours d'année.

Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant.

1.5 COTISATION

La cotisation est le montant dû par le Souscripteur en contrepartie du bénéfice des garanties du contrat.

Montant et paiement

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

- nombre de personnes assurées,
- âge atteint par les personnes assurées dans l'année civile d'effet des garanties,
- adresse de résidence principale de l'assuré principal,
- Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français de chaque assuré,
- gamme et niveau de garanties souscrits.

La cotisation est payable d'avance auprès de La Banque Postale Assurance Santé, par prélèvement sur le compte bancaire dont les coordonnées ont été communiquées lors de la souscription par le Souscripteur ou par carte bancaire.

Évolution du tarif

Les cotisations évoluent chaque 1^{er} janvier selon :

- l'âge atteint par les personnes assurées dans l'année civile d'effet des garanties,
- les résultats techniques du contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale,
- l'évolution du coût des actes médicaux,
- les conditions de prise en charge des frais médicaux par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français de l'assuré.

Adaptabilité du contrat et de sa cotisation

Les modifications visant à mettre le contrat La Complémentaire Santé de La Banque Postale en conformité avec la réglementation sur les contrats responsables sont réputées acceptées à défaut d'opposition du Souscripteur.

Le Souscripteur accepte de voir sa cotisation modifiée en cas de modification de la réglementation fiscale applicable.

Le Souscripteur en sera avisé par tout moyen.

Gratuité de la cotisation du 3^e enfant

À partir du 3^e enfant assuré au contrat, la cotisation du 3^e enfant et des suivants est gratuite. Cette gratuité s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

Exonération de cotisation en cas de naissance d'un enfant

Lorsqu'un nouveau-né et/ou un enfant mineur adopté est inscrit au contrat, il bénéficie de la gratuité de sa cotisation pendant 6 mois à compter de la date de naissance et/ou de l'adoption.

Exonération de cotisation en cas de décès

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

Non-paiement de la cotisation

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

La suspension des garanties résultant de la mise en demeure fait perdre au Souscripteur et aux assurés du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux prestations pour :

- les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- les hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- les accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient les suites et conséquences.

La suspension de la garantie intervient en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation et produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La cotisation ou fraction de cotisation reste due dans tous les cas, après la mise en demeure du Souscripteur.

Si 40 jours après l'envoi de la mise en demeure, les cotisations dues et à échoir ne sont toujours pas payées, le contrat sera résilié de plein droit, sans aucune autre formalité.

Sous réserve de l'accord de La Banque Postale Assurance Santé, le contrat résilié peut reprendre pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à La Banque Postale Assurance Santé, la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

La Banque Postale Assurance Santé se réserve le droit de faire payer au Souscripteur les frais de mise en demeure à hauteur de 15 € par mise en demeure.

2

LE TERME DU CONTRAT

2.1 RENONCIATION

Le Souscripteur dispose de la faculté de renoncer au contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus:

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

Pour cela, il convient d'adresser à : **La Banque Postale Assurance Santé TSA 13001 – 92679 COURBEVOIE CEDEX**, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant le modèle ci-dessous :

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

Après réception de la lettre recommandée, la renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée et donne lieu au remboursement de la cotisation dans un délai de 10 jours sous réserve de la restitution des cartes de tiers payants par les assurés.

2.2 RÉSILIATION

Résiliation à l'initiative du Souscripteur

Le Souscripteur peut résilier son contrat :

- à l'échéance, en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception à La Banque Postale Assurance Santé au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit avant le 31 octobre de l'année en cours,
- à tout moment :
 - en cas d'obligation des assurés de s'affilier auprès d'un autre organisme d'assurance suite à un accord d'entreprise ou une convention collective, en adressant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Pour cela, une attestation nominative de l'organisme d'assurance de l'employeur précisant que l'adhésion est obligatoire doit être fournie. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande de résiliation.
 - en cas d'adhésion à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), la résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits, avec une rétroactivité maximale de 3 mois. Si des soins de santé étaient effectués postérieurement à la date d'ouverture des droits CMUC, la résiliation prendra alors effet le lendemain du dernier soin remboursé,
 - dans les cas particuliers suivants :
 - changement de Régime d'Assurance Maladie Obligatoire,
 - changement du lieu de résidence impliquant une augmentation tarifaire,
 - déménagement hors France métropolitaine et Départements d'Outre-Mer (DOM).

Pour ces cas, la résiliation du contrat doit être notifiée à La Banque Postale Assurance Santé dans **les 3 mois** qui suivent l'un des événements et prend effet **un mois après** la réception de la demande de résiliation (lettre recommandée avec demande d'avis de réception). Toute résiliation à l'initiative du Souscripteur ne sera considérée comme effective qu'à condition que les assurés aient restitué leur dernière carte de tiers payant.

Résiliation à l'initiative de La Banque Postale Assurance Santé

La Banque Postale Assurance Santé peut résilier le contrat en cas de :

- non-paiement des cotisations,
- non-respect des conditions de souscription.

3

LES DISPOSITIONS DIVERSES

3.1 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption d'une prescription sont définies par les articles 2240 et suivants du Code Civil comme étant :

- toute demande en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des Procédures Civiles d'Exécution ou un acte d'exécution forcée.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

3.2 SUBROGATION

La Banque Postale Assurance Santé est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre un tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que La Banque Postale Assurance Santé a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

3.3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation client font l'objet d'un traitement automatisé, principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités du Groupe La Banque Postale et pourront, le cas échéant, être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés (dont la liste peut être communiquée sur demande).

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations concernant les assurés. Le Souscripteur peut exercer ses droits en adressant un courrier à La Banque Postale Assurance Santé et/ou à MONDIAL ASSISTANCE aux adresses suivantes :

La Banque Postale Assurance Santé

TSA 13001
92679 COURBEVOIE CEDEX

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS

Direction Technique - Service Juridique - DT03
7 rue Dora Maar
CS 60001
93488 SAINT-OUEN CEDEX

3.4 RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, le Souscripteur devra consulter d'abord le conseiller spécialisé en téléphonant au numéro indiqué sur les Conditions Particulières.

Si la réponse obtenue n'est pas satisfaisante, le Souscripteur peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

La Banque Postale Assurance Santé – Service Réclamation

TSA 13001
92679 COURBEVOIE CEDEX

La Banque Postale Assurance Santé s'engage à répondre dans les meilleurs délais et au plus tard sous 10 jours ouvrables à partir de la réception de la réclamation.

Si le désaccord porte sur une garantie d'assistance, le Souscripteur ou l'assuré peut adresser une réclamation à :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE

Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 SAINT-OUEN CEDEX

Un accusé de réception parviendra au Souscripteur ou à l'assuré dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont MONDIAL ASSISTANCE le tiendrait informé.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, le Souscripteur peut déposer un recours à l'adresse suivante :

La Banque Postale Assurance Santé – Service Recours

TSA 13001
92679 COURBEVOIE CEDEX

Si aucune solution n'a pu être trouvée, le Souscripteur peut saisir gratuitement le Médiateur FFSA à l'adresse suivante :

Pour La Banque Postale Assurance Santé :
Le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)
BP 290

Ce dernier est tenu de rendre un avis motivé dans les trois mois de la saisine. À la différence d'un jugement, l'avis du médiateur n'est pas contraignant et ne peut être rendu public.

Le Souscripteur ou l'assuré n'est pas obligé de l'accepter, mais il prend l'engagement, ainsi que la société d'assurances, de ne pas en faire état, même devant un tribunal, si le litige était soumis ultérieurement à la justice.

3.5 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code des assurances, La Banque Postale Assurance Santé et MONDIAL ASSISTANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

LA BANQUE POSTALE ASSURANCE SANTÉ - S.A. au capital de 3 336 000 €. Siège social : 115 rue de Sèvres 75275 Paris CEDEX 06. RCS Paris 440 165 041. APE 6512Z. Entreprise régie par le Code des assurances.

La Complémentaire Santé de La Banque Postale comporte des garanties d'assistance souscrites par :

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE SAS - S.A.S au capital de 7 584 076,86 €. Siège social : 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen . RCS Bobigny 490 381 753.. Société de courtage d'assurances. Inscriptions ORIAS 07 026 669. <http://www.orias.fr>.

AGA INTERNATIONAL SA - S.A. au capital de 17 287 285 €. Siège social : 37 rue Taitbout 75009 Paris. RCS Paris 519 490 080. Entreprise régie par le Code des assurances.

SANTÉCLAIR - S.A. au capital de 3 834 030 €. Siège social : 78 boulevard de la République 92100 Boulogne-Billancourt. RCS Nanterre 428 704 977.

LA BANQUE POSTALE - S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 046 407 595 €. Siège social : 115 rue de Sèvres 75275 Paris CEDEX 06. RCS Paris 421 100 645. Code APE 6419Z. Intermédiaire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°07 023 424.

