



CONDITIONS PARTICULIERES ANNEXEES AUX CONDITIONS GENERALES DE LA NOTICE D'INFORMATION SANTÉ

ENTREPRISE

SMATCH
10 RUE ANDRE CHENIER

78000 VERSAILLES

SIRET : 92182262300010

CONTRAT

N° de contrat : 775835 / 40000
Date d'effet : 01/02/2024

Ce document est édité en complément de celui intitulé « Notice d'information des conditions générales Santé » (réf. 229949-072023) auquel il est annexé.

CATEGORIE BENEFICIAIRE

Ensemble du personnel

Désignée par le terme « affilié »

PERSONNES ASSUREES

Sous réserve des dispenses d'affiliation de droit prévues par la réglementation et de celles admises par celle-ci lorsque ces dernières sont prévues par l'acte instituant le régime (accord collectif, référendum ou décision unilatérale), déclarées par la contractante à l'assureur, les garanties du contrat (tant les garanties de la formule socle que celles de toute formule optionnelle proposée) sont accordées et ce par dérogation aux dispositions de l'article 2 des conditions générales :

- au membre du personnel assuré et à ses enfants à charge tels que définis à l'article 2 des conditions générales, l'affilié et ses enfants ainsi définis étant rattachés à la catégorie « **Affilié** ».

Il est précisé que le conjoint, partenaire ou concubin de l'affilié, n'est pas pris en compte dans cette catégorie.

Le bénéfice du contrat peut être étendu sous réserve qu'il en fasse la demande, au conjoint, partenaire du PACS ou concubin de l'affilié, répondant à la définition des conditions générales ; le conjoint, partenaire ou concubin est alors rattaché à la catégorie « **Conjoint** ».

L'inscription au contrat du conjoint, partenaire ou concubin de l'affilié est laissée au libre choix de l'affilié.

GARANTIES(S) RETENUE(S)

Le contrat prévoit 4 formules de garanties, à savoir :

- la formule Socle, applicable à l'ensemble des membres du personnel affiliés ainsi qu'à leurs ayants droit s'ils sont inscrits au contrat.
- trois autres formules de garanties améliorant pour certains actes ou frais, les remboursements et prestations de la formule Socle.

Chaque membre du personnel affilié a la faculté de souscrire à titre personnel et complémentaire, tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat, à une formule complémentaire. Ce choix est effectué dans les conditions prévues aux conditions générales.

Le contrat prévoit également des services d'assistance définis dans l'annexe au contrat intitulée « Services Associés ».

MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants de garanties indiqués dans le tableau ci-après intègrent les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci, excepté en ce qui concerne les actes prévus au poste Prévention et Santé au quotidien (sauf les actes de prévention actuellement définis par l'arrêté du 8 juin 2006). Pour ces actes, les prestations versées sont exprimées en complément des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et s'ajoutent à ceux-ci.

Le remboursement de l'assureur cumulé à celui du régime obligatoire de protection sociale intervient, dans tous les cas, dans la limite des frais réellement engagés par l'affilié ou par ses ayants droit.

Les conditions et limites de remboursement exposées aux conditions générales sont prises en considération dans le décompte des remboursements dus par l'assureur.

Pour les affiliés et leurs ayants droit (lorsque ces derniers sont inscrits au contrat) ayant retenu une formule de garantie optionnelle, les montants de remboursements et de prestations indiqués dans le tableau ci-après, pour l'option retenue, se substituent, dans leurs dispositions plus favorables, à ceux prévus au titre de la Formule Socle.

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
DESIGNATION DES ACTES	100 % des FR limités à :			
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	175 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires				
- médecin adhérent à un DPTAM	195 % BR	220 % BR	220 % BR	525 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	175 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux				
- médecin adhérent à un DPTAM	195 % BR	220 % BR	220 % BR	525 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	175 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation à l'étranger (RO français (1))	175 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière, par jour, en secteur conventionné uniquement	45 €	60 €	90 €	130 €
Frais d'accompagnant d'une personne assurée hospitalisée, par jour, en secteur conventionné uniquement	45 €	60 €	90 €	130 €
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultation / Visite médicale de généraliste				
- médecin adhérent à un DPTAM	100 % BR	150 % BR	220 % BR	400 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation / Visite médicale de spécialiste et professeur				
- médecin adhérent à un DPTAM	195 % BR	220 % BR	300 % BR	450 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	175 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux pris en charge par le RO				
- médecin adhérent à un DPTAM	150 % BR	170 % BR	170 % BR	370 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	130 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie - Imagerie médicale – Actes d'échographie pris en charge par le RO				
- médecin adhérent à un DPTAM	100 % BR	145 % BR	170 % BR	370 % BR
- médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
SOINS COURANTS (suite)				
Honoraires paramédicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (à l'exclusion des prothèses auditives) prises en charge par le RO	175 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale, actes médicaux pris en charge par le RO (y compris hospitalisation)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments				
Frais pharmaceutiques prescrits médicalement et pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES				
Prise en charge d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans :				
Equipement 100 % santé(2)	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Equipement hors 100 % santé	450 € et au minimum 100 % BR	600 € et au minimum 100 % BR	1000 € et au minimum 100 % BR	1000 € et au minimum 100 % BR
	Dans la limite de 1700 €			
Accessoires et fournitures pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE				
Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) (3) (4). Lorsque la personne assurée ne s'adresse pas à un professionnel de santé membre du réseau Sévéane Équipement 100 % santé (2) Équipement hors 100 % santé - Enfants de moins de 16 ans Par verre Unifocal, Sphérique : Verre : Sphère de -6 à +6 Verre : Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12 Verre : Sphère < -12 ou > +12 Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique : Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -6 à 0 Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +6 Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6 Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère < -6 Verre : Cylindre > +4, sphère de -6 à 0 Verre : Cylindre > +4, sphère < -6 Par verre Multifocal ou Progressif sphérique : Verre : Sphère de -4 à +4 Verre : Sphère de < -4 ou > +4 Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique : Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -8 à 0 Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +8 Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8 Verre : Cylindre > +4, sphère de -8 à 0 Verre : Sphère < -8 Monture :	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Verre : Sphère de -6 à +6	40 €	50 €	60 €	75 €
Verre : Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	75 €	85 €	95 €	120 €
Verre : Sphère < -12 ou > +12	80 €	90 €	100 €	125 €
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -6 à 0	50 €	60 €	70 €	90 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +6	50 €	60 €	70 €	90 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	70 €	70 €	70 €	90 €
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère < -6	80 €	90 €	100 €	125 €
Verre : Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	90 €	100 €	110 €	140 €
Verre : Cylindre > +4, sphère < -6	100 €	110 €	120 €	150 €
Verre : Sphère de -4 à +4	105 €	115 €	125 €	155 €
Verre : Sphère de < -4 ou > +4	115 €	125 €	135 €	170 €
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -8 à 0	125 €	135 €	145 €	180 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +8	125 €	135 €	145 €	180 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	125 €	135 €	145 €	180 €
Verre : Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	125 €	135 €	145 €	180 €
Verre : Sphère < -8	125 €	135 €	145 €	180 €
Monture :	60 €	75 €	100 €	100 €

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE (suite)				
Equipement hors 100 % santé - Adultes et enfants de 16 ans et plus				
Par verre Unifocal, Sphérique :				
Verre : Sphère de -6 à +6	70 €	80 €	90 €	125 €
Verre : Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €	90 €	100 €	135 €
Verre : Sphère < -12 ou > +12	90 €	100 €	110 €	145 €
Par verre Unifocal, Sphérique-cylindrique :				
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -6 à 0	80 €	90 €	100 €	135 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +6	80 €	90 €	100 €	135 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	80 €	90 €	100 €	135 €
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère < -6	90 €	100 €	110 €	145 €
Verre : Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	100 €	110 €	120 €	155 €
Verre : Cylindre > +4, sphère < -6	110 €	120 €	130 €	165 €
Par verre Multifocal ou Progressif sphérique :				
Verre : Sphère de -4 à +4	130 €	140 €	160 €	200 €
Verre : Sphère de < -4 ou > +4	140 €	150 €	170 €	215 €
Par verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique :				
Verre : Cylindre inf ou égal à +4, sphère de -8 à 0	150 €	160 €	180 €	225 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) inf ou égal à +8	150 €	160 €	180 €	225 €
Verre : Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	150 €	160 €	180 €	225 €
Verre : Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	150 €	160 €	180 €	225 €
Verre : Sphère < -8	160 €	160 €	180 €	225 €
Monture :	80 €	100 €	100 €	100 €

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
OPTIQUE (suite)				
Lorsque la personne assurée s'adresse à un professionnel de santé membre du réseau Sévéane(5)				
Equipement 100 % santé (2)	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Equipement hors 100 % santé - Enfant de moins de 16 ans (5)				
a) Avec verres sélectionnés par l'assureur et Sévéane	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés
Monture :	60 €	75 €	100 €	100 €
b) Avec autres verres	Les montants de prestations prévus ci-dessus (hors professionnel membre du réseau Sévéane) demeurent applicables.			
Tiers payant optique	Accordé			
Equipement hors 100 % santé - Adultes et enfants de 16 ans et plus (5)				
a) Avec verres sélectionnés par l'assureur et Sévéane	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés	Verres : 100 % du prix des verres et traitements sélectionnés
Monture :	80 €	100 €	100 €	100 €
b) Avec autres verres	Les montants de prestations prévus ci-dessus (hors professionnel membre du réseau Sévéane) demeurent applicables.			
Tiers payant optique	Accordé			
Dans tous les cas (un professionnel de santé avec lequel des engagements ont été passés ou pas)				
Lentilles correctrices prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par bénéficiaire	85 €	100 €	200 €	350 €
Au-delà de la prise en charge maximale annuelle pour les lentilles prises en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chirurgie réfractive par œil	600 €	700 €	750 €	1000 €

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
DENTAIRE				
Soins et prothèses 100 % Santé (2)	Pris en charge dans le respect des honoraires limites de facturation (HLF)			
Soins et prothèses hors 100 % Santé :				
Soins dentaires sans dépassements d'honoraires (hors Inlays/Onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements d'honoraires et Inlays / Onlays	150 % BR	200 % BR	200 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires				
- prises en charge par le RO (hors Inlays onlays)	250 % BR	300 % BR	450 % BR	550 % BR
- inlays cores	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Limite : 3 prothèses par an et par personne garantie				
Au-delà de 3 prothèses	125 % BR			
- non prises en charge par le RO, par an et par personne assurée	150 €	200 €	300 €	400 €
Orthodontie				
- prise en charge par le RO	250 % BR	300 % BR	350 % BR	450 % BR
- non prise en charge par le RO, par semestre et par personne assurée	Non garanti	484 €	484 €	678 €
Implantologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	500 €	500 €	500 €	800 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	Non garanti	200 €	300 €	350 €

	Formule socle	Option 1	Option 2	Option 3
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN				
Actes de prévention pris en charge par le RO (actuellement définis par arrêté du 8 juin 2006)	100 % BR			
Sevrage tabagique (substituts nicotiniques pris en charge par le RO) par an et par personne assurée	Non garanti	Non garanti	50 €	100 €
Moyens contraceptifs prescrits médicalement et non pris en charge par le RO par an et par personne assurée	Non garanti	Non garanti	50 €	100 €
Vaccins prescrits médicalement mais non remboursés par le RO par an et par personne assurée	Non garanti	Non garanti	90 €	100 €
Vaccin antigrippal par an et par personne assurée	Non garanti	Non garanti	15 €	70 €
Médecine douce, non prise en charge par le RO :				
Chiropraxie - Ostéopathie - Acupuncture - Diététique - Psychologue - Psychomotricien (Par dérogation aux conditions générales et uniquement lorsqu'il s'agit d'actes pratiqués par des praticiens rattachés à une fédération reconnue)	30 €	30 €	30 €	50 €
Tabacologue - Podologie/Pédicure				
Avec un maximum, par an et par personne assurée de :	2 séances	3 séances	4 séances	5 séances
Ostéodensitométrie osseuse prescrite médicalement et non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	Non garanti	Non garanti	50 €	100 €
Diététique (prescription par un diététicien ou médecin) non prise en charge par le RO	Non garanti	Non garanti	60 €	70 €
AUTRES INDEMNITES				
Indemnité pour Naissance ou Adoption :				
- En cas de naissance ou adoption	-	-	-	400 €
- En cas de naissance gémellaire	-	-	-	800 €
SERVICES ASSOCIES				
Assistance - Infos santé - Tiers payant - Devis	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

1) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur est limitée aux bases indiquées.

2) Tels que définis réglementairement et visés aux articles R. 871-2, L. 165-1 et L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.

3) Pour le poste Optique. Limite pour l'équipement complet : Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessous intègrent les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.

a) Equipement à verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ; minimum : 100 € / maximum : 420 € dont 100 € au maximum pour la monture.

b) Equipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c) : minimum : 150 € / maximum : 560 € dont 100 € au maximum pour la monture.

c) Equipement à verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; res unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; minimum : 200 € / maximum : 700 € dont 100 € au maximum pour la monture.

d) Equipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f) : minimum : 150 € / maximum : 610 € dont 100 € au maximum pour la monture.

e) Equipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f) : minimum : 200 € / maximum : 750 € dont 100 € au maximum pour la monture.

f) Equipement à verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries : minimum : 200 € / maximum : 800 € dont 100 € au maximum pour la monture.

(4) Et sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(5) Verres et traitements particuliers sélectionnés entre l'assureur et les opticiens membres du réseau Sévéane dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable : anti -rayures y compris - l'anti reflet à partir du 01/01/2020 - et l'anti salissures hors traitements supplémentaires.

Il est précisé que dans le cadre du présent contrat, les dispositions des conditions générales prévues à l'article relatif au montant des remboursements concernant les opticiens (à l'exclusion des chirurgiens-dentistes) membres du réseau Sévéane s'appliquent.

SIGNIFICATION DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES PAR L'ASSUREUR DANS LE TABLEAU

BR : Base de remboursement définie aux conditions générales.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

FR : Frais réellement engagés sous déduction du remboursement du RO.

HLF : Honoraire limite de facturation pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

LPP : Liste des Produits et Prestations établie par le RO.

PLV : Prix limite de vente d'un dispositif médical tel que défini aux conditions générales.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations. Il est fixé à 3864 € pour l'année 2024 et évolue chaque année. Ainsi au 1er janvier 2024, 1 % PMSS est égal à 38,64 €. Il peut être consulté sur le site de la Sécurité sociale www.securite-sociale.fr, rubrique La Sécurité sociale en chiffres – Principaux barèmes.

TM : Ticket modérateur tel que défini aux conditions générales.

RO : Régime obligatoire de protection sociale défini aux conditions générales.

DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

2% des cotisations de la formule Socle obligatoire sont prélevés au titre du degré élevé de solidarité et affectés à un Fonds social.

Pour faciliter la mise en oeuvre de l'action sociale, l'assureur a mutualisé ce fonds social.

Les dispositions relatives à ce Fonds social font l'objet d'un règlement valant annexe au contrat et pouvant être librement consulté, à l'adresse suivante : <http://fondssocial.gan.fr>.

Ce règlement fait partie intégrante du contrat et est donc opposable tant à l'assureur qu'à la contractante, au même titre que le contenu dudit contrat.

RÉCLAMATION - MÉDIATION

Service des relations avec la clientèle de Gan Assurances

Gan Assurances - Service des relations avec la clientèle
3 place Marcel Paul
92024 Nanterre
svpcient@gan.fr

Service « Réclamations » de l'assureur

Groupama Gan Vie
Service Réclamations
TSA 91414
35090 Rennes Cedex 9
<https://reclamations.ggvie.fr>

Médiation

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
www.mediation-assurance.org

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - VIE PRIVÉE

Gan Assurances
Direction Réclamations Clients
3 place Marcel Paul - 92024 Nanterre
reclamation@gan.fr

Groupama Gan Vie
Délégué Relais à la Protection des Données
Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre
contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur :
Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives -
Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre

Gan Assurances, en sa qualité de distributeur, informe la contractante, les affiliés et leurs ayants droit que leurs appels téléphoniques peuvent être enregistrés. Les conditions d'accès à ces enregistrements sont identiques à celles applicables par l'assureur.

L'affilié est susceptible de recevoir des offres commerciales de l'assureur pour des produits et services analogues (assurances et services) à ceux souscrits par l'entreprise contractante dont il bénéficie et adaptés à ses besoins, ainsi que de ses partenaires. L'affilié peut s'y opposer à tout moment ou modifier son choix en s'adressant à l'assureur.

Conformément à l'article L.121-34 du code de la consommation, l'affilié peut refuser de faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, en s'inscrivant, gratuitement, sur la liste d'opposition nationale au démarchage téléphonique (Bloctel) ; l'assureur peut toutefois continuer à appeler l'affilié dans le cadre de sa relation contractuelle avec celui-ci.

CONTACTS SERVICES D'ASSISTANCE

Coordonnées GAN ASSISTANCE (*lorsque ce service est associé au contrat*)

Code Mutuaide : 4203 (à communiquer par le bénéficiaire lors de l'appel)

Appel de France :

Téléphone : 01 45 16 66 47 - Fax (ou télécopie) : 01 45 16 63 84

Appel de l'étranger :

Téléphone : 33 1 45 16 66 47 (précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international)

Fax (ou télécopie) : + 33 1 45 16 63 84 (précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international)

e-mail : oquotidien@mutuaide.fr