



mgen^{*}

GRUPE **vyv**

Première mutuelle des agents du service public

Notice d'information VYV Assistance Prévoyance Collectivités Territoriales Niveau 1



Garantie d'assistance

Notice d'information à compter du 1^{er} janvier 2023

Domaine d'application

1. Bénéficiaires

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

Est couvert par la présente notice :

- le Membre Participant à la Mutuelle (ou le salarié assuré au contrat collectif, ou à défaut ses proches lorsque cela est précisé).

2. Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date que les garanties de l'offre COLLECTIVITES TERRITORIALES.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par le Membre Participant auprès des mutuelles co-assureurs, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France, dont les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion)**,
- au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation « Transfert de corps lors du décès » et « Transfert médical ».

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

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

4. Faits générateurs

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

- un besoin d'accompagnement en cas d'arrêt de travail supérieur à deux mois,
- un besoin d'accompagnement en cas d'épuisement professionnel,
- un besoin d'accompagnement des situations d'aidant,
- un besoin d'accompagnement en situation d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à une maladie ou un accident.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison.

Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

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

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

5. Modalités de mise en œuvre

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

par téléphone :  09 72 72 39 10

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM,
ou appelant de l'étranger

par téléphone : 00 33 972 723 910

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

Sans oublier :

- de rappeler votre numéro de Membre Participant,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

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

**Toute demande d'assistance doit nous être formulée par
téléphone au maximum dans les dix (10) jours qui suivent la date
de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.**

**Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit
contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque
séance.**

**Pour le transfert de corps lors du décès, le conseil et le transfert
médical la demande d'assistance devra être formulée dans les
48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché
à cette demande.**

**Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et
orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge
la demande.**

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

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

6. Intervention

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

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

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

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

7. Application des prestations

**Les prestations garanties par la présente notice d'information
ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de
l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés.**

En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux
dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre
initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui
aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait
apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre
par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont
prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et
dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par
l'Assisteur.

**Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le
Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires
(hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur
de l'ensemble des documents justificatifs.**

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir
dans le choix des moyens et des destinations décidés par
les organismes primaires d'urgence. Dès l'appel de l'un des
Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son
obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande.
En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation
de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures
maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux
agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai
dérogatoire expressément prévu).

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

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

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un
accompagnement social, l'Assisteur soumis à une obligation
de moyens concernant la mise en œuvre des prestations
d'accompagnement, s'engage à :

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

8. Définitions

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

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE : accident ou maladie entraînant un taux d'invalidité supérieur ou égal à soixante-six pour cent (66 %) au regard de deuxième catégorie d'inaptitude définie par la Sécurité Sociale.

ADHÉRENT : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle. L'Adhérent peut également être désigné comme le membre participant.

AIDANT : est considéré comme proche aidant d'une personne dépendante, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

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

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

ARRÊT DE TRAVAIL : il s'agit d'une prescription réalisée par un médecin et justifiée par l'état de santé du patient. La prescription comporte 3 volets à transmettre aux services concernés dans les 48 heures. Elle peut être sous forme papier (les volets 1 et 2 sont alors à envoyer au service médical de la caisse d'assurance maladie) ou sous forme dématérialisée (les volets 1 et 2 sont alors transmis directement par le médecin à la caisse d'assurance maladie via la carte vitale). Dans tous les cas, le patient doit adresser le volet 3 du formulaire à son employeur ou à Pôle Emploi.

Les dispositifs déclinés dans la présente notice d'information s'appliquent en cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois.

ASCENDANT : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du membre participant. Pour être considéré comme Bénéficiaire du membre participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du membre participant et vivant sous le même toit.

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

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

BÉNÉFICIAIRE : tout Membre Participant domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit (conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les

garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs) figurant sur le formulaire de désignation de Bénéficiaire pour la garantie décès.

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

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

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

DÉPENDANCE : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme Bénéficiaire du membre participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un Bénéficiaire dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du membre participant portant mention de la charge fiscale du Bénéficiaire.

DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

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

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an. Les étudiants Bénéficiaires sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Membre Participant. En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DOMMAGES CORPORELS : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

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

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURN OUT : est caractérisé comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes. Le syndrome inclut trois dimensions : l'épuisement, à la fois physique et psychique ; la dépersonnalisation se traduisant par un retrait et une indifférence vis-à-vis du travail, et la perte d'efficacité au travail et la dévalorisation de soi.

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

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

FAITS GÉNÉRATEURS : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information.

Ils sont les suivants :

- un besoin d'accompagnement en cas d'arrêt de travail supérieur à deux mois,
- un besoin d'accompagnement en cas d'épuisement professionnel,
- un besoin d'accompagnement des situations d'aidant,
- un besoin d'accompagnement en situation d'incapacité temporaire.

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

HANDICAP : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

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

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) : s'entend comme l'impossibilité de se livrer aux occupations élémentaires de la vie courante. L'ITT doit être précisée quel que soit l'âge du Bénéficiaire, qu'il ait une activité professionnelle ou non, par la médecin conseil de la CNAM.

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

MEMBRE DE LA FAMILLE : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, soeur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

MEMBRE PARTICIPANT : personne physique affiliée au « Contrat Collectif Prévoyance de la Collectivité Territoriale Niveau 1 ». Le Membre Participant peut également être désigné comme l'Adhérent.

PERSONNE DÉPENDANTE : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du membre participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge du Membre Participant et vivant sous le même toit que lui.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : concerne toute invalidité physique ou mentale de l'assuré avant un âge de 65 ans, constatée par un médecin, causant une incapacité

totale et définitive d'exercer un emploi ou toute autre activité rémunératrice, et obligeant le Bénéficiaire assuré à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir.

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

PROCHE : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les soeurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-soeur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

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

RESPONSABILITÉ CIVILE : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

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

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

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

TRANSPORT : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 Euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM.

L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Prestations en cas d'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail de plus de 2 mois, un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire pour l'accompagner et l'aider à préparer son retour à l'emploi.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30.

L'accompagnement est réalisé sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels par une équipe de psychologues et de travailleurs sociaux pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile.

Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

Ce service est mis en oeuvre dans le cadre d'un engagement libre et volontaire du Bénéficiaire et en toute confidentialité.

Il repose sur la démarche suivante :

9. Évaluation globale de la situation du bénéficiaire

Afin de lui proposer :

- un suivi personnalisé selon la nature des difficultés rencontrées (psychologiques, matérielles, ou liées à l'environnement de travail) pour identifier les facteurs qui peuvent freiner le retour à l'emploi.

Ces facteurs peuvent être de trois types : psychologiques, sociaux ou professionnels.

- la définition d'un programme d'action avec des rendez-vous téléphoniques programmés pour travailler sur ces freins, avec un psychologue pour du soutien psychologique pour chercher des solutions par rapport à l'environnement professionnel et/ou un accompagnement social par une assistante sociale ou une conseillère en économie sociale et familiale pour rechercher des solutions à la résolution des obstacles matériels (par exemple recherche de financements pour changer de mode de transport ou se rapprocher du lieu de travail, recherche de solutions pour la garde des enfants).

Chaque Bénéficiaire est suivi par un psychologue et/ou une assistante sociale, en fonction de ses besoins.

10. Coaching santé

Des conseils personnalisés par téléphone pour faciliter le retour à une activité physique adaptée en fonction de l'état de santé **dans la limite de 5 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

11. Coaching nutrition

Des conseils nutritionnels personnalisés par téléphone pour améliorer le mieux-être **dans la limite de 5 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois.**

12. Suivi après réintégration dans l'entreprise

Un accompagnement du Bénéficiaire grâce à des rendez-vous téléphoniques, dont il choisit librement l'horaire et la fréquence.

13. En cas d'inaptitude à la reprise du travail

Un service d'accompagnement vers des solutions de lien social et dans les démarches administratives pour l'obtention d'aides complémentaires et contribuer à l'équilibre du budget.

Prévention de l'épuisement professionnel

Afin de faciliter le quotidien du Bénéficiaire, l'Assisteuse propose à tout moment au Bénéficiaire un accompagnement psychosocial par téléphone afin de prévenir les risques liés à son activité professionnelle et faciliter son équilibre de vie.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30.

L'accompagnement est réalisé sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels par une équipe de psychologues et de travailleurs sociaux pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile.

Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

Il comprend les dispositifs suivants:

A. Dispositifs de prévention

- apprendre à gérer ses temps de pause (micro-sieste, relaxation, bonnes postures...),
- prévention de l'épuisement professionnel, du burn out,
- prévention des addictions (tabac, alcool, Jeux...),
- coaching Santé et Nutrition (5 entretiens téléphoniques).

B. Identifier et gérer le stress

- sensibilisation aux techniques de relaxation afin de gérer son stress, son anxiété et troubles du sommeil,
- soutien psychologique et aide à la prise de distance face aux situations stressantes,
- conseil et accompagnement au lâcher prise,
- conseil médical ciblé sur l'hygiène de vie, l'alimentation, le trouble du sommeil, l'anxiété...
- orientation vers des groupes d'échanges d'expérience,
- détection des risques liés à la pénibilité (charges lourdes, postures pénibles).

C. Concilier vie personnelle et vie professionnelle

- optimisation de son temps par la délégation,
- organisation de services à domicile (lors de l'entretien il sera défini conjointement avec le Bénéficiaire au regard de ses besoins les services adaptés (aide à domicile, portage de repas, garde d'enfants, etc...)),
- accompagnement pour la reprise d'une activité physique adaptée.

D. Prévention et traitement de la souffrance aiguë

- évaluation du risque suicidaire,
- travail psychothérapeutique à distance,
- conseil et réorientation vers un psychologue en face à face.

Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants

14. Bilan psycho-social de la situation

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

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

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

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives, il s'agit d'un portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

15. Assistance préventive

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

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A. Prévention de l'épuisement de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, sur justificatifs, **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 Euros TTC**, soit :

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

B. Santé et bien-être de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatifs), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances** ;

- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux **à concurrence d'un maximum de 12 heures** ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. Soutien pour la vie quotidienne

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum** ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.**

D. Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement **à hauteur d'un maximum de 12 heures** ;
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

16. Assistance en cas de situation de crise

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

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

A. Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et prend en charge, sur justificatifs, l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours** ;

-
- une prestation de bien-être et de soutien, à **concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 Euros TTC maximum** telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - petit jardinage,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition ;
 - l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée **dans la limite de 500 Euros TTC ;**
 - l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à **concurrence d'un maximum de 300 Euros TTC.**

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

B. Épuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et prend en charge, sur justificatifs, l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à **hauteur de 2 nuits consécutives ;**
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

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

C. Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et prend en charge, sur justificatifs, l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile à **concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours ;**

-
- une prestation de bien-être et de soutien, à **concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 Euros TTC maximum** telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - petit jardinage,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition ;
 - une prestation de garde de nuit à domicile à **hauteur de 2 nuits consécutives ;**
 - une prestation d'ergothérapeute à **raison d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.**

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

17. Fin de la situation d'aidant

À tout moment, l'aidant peut alerter l'équipe pluridisciplinaire sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

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

A. Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

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

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à **concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à **hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;**
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à **concurrence d'un maximum de 3 séances.**

B. Lorsque la personne aidée décède

Lors du décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à **hauteur d'un maximum de 5 entretiens.**

Prestations d'assistance en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail consécutive à une maladie ou un accident

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la ou des prestations d'assistance qui correspondent le mieux à ses besoins, après évaluation de la situation par le Département Accompagnement Psycho Social de l'Assisteur :

A. Une aide à domicile

L'Assisteur prend en charge et met à disposition une aide à domicile à concurrence de 300 Euros TTC, afin de l'aider dans les tâches quotidiennes.

Le nombre d'heures prises en charge par l'Assisteur est conditionné par son évaluation et ne prendra pas en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.

En complément, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie pour une pathologie cancéreuse dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, l'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile.

Cette prestation s'organise :

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

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

B. Une prestation de bien-être et de soutien en substitution

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année, l'Assisteur met en place la ou les prestations de bien-être et de soutien en substitution (sur justificatifs), à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 Euros TTC maximum telle(s) que :

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

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

C. Une garde des animaux de compagnie

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

D. L'intervention d'une travailleuse familiale ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) si le membre participant a des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

L'Assisteur met en place et prend en charge, sur évaluation sociale, l'intervention, afin de contribuer à un soutien au rôle éducatif et parental à hauteur d'une enveloppe financière de 300 Euros TTC.

Celle-ci intervient au sein des familles rencontrant des difficultés liées à la maladie, dès lors qu'il existe des enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge.

Si nécessaire, l'Assisteur peut se charger de rechercher le prestataire dûment qualifié pour envoyer un intervenant compétent au domicile de la famille fragilisée. De plus, l'Assisteur aide le Bénéficiaire dans ses démarches, afin d'obtenir des financements permettant de poursuivre cet accompagnement, si nécessaire.

E. Un soutien au rôle d'aidant du membre participant ayant une personne dépendante à charge

L'Assisteur met en place et prend en charge par année civile, les aides techniques à hauteur d'un maximum de 300 Euros TTC, procurant un soutien au Membre Participant aidant.

Cadre juridique

18. Assureur des prestations d'assistance

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

La Collectivité territoriale a souscrit, auprès des mutuelles co-assureurs mentionnées ci-dessous, un contrat collectif à adhésion individuelle et facultative visant à faire bénéficier ses agents d'une couverture complémentaire santé ou prévoyance, dénommée offre COLLECTIVITES TERRITORIALES.

Les mutuelles co-assureurs ont souscrit, auprès de RMA, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, Rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, un contrat collectif à adhésion obligatoire afin de faire bénéficier les adhérents de l'offre COLLECTIVITES TERRITORIALES, de garanties d'assistance en inclusion dans le cadre de l'article L221-3 du Code de la Mutualité. Les garanties d'assistance sont assurées et réalisées par l'Assisteur.

19. Conditions restrictives d'application des garanties

A. Comportement abusif

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

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

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

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

B. Responsabilité

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

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

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

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

C. Circonstances exceptionnelles

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

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

20. Exclusions

A. Exclusions communes à l'ensemble des prestations

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

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

-
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
 - les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

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

21. Nullité de la prestation

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

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

22. Recours

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

23. Subrogation

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

24. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la Mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle ou l'Union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'Union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code Civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

25. Protection des données personnelles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO – 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

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

26. Réclamations et médiation

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

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

27. Autorité de contrôle

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

MGEN. On s'engage mutuellement

Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Conseil régional d'Occitanie au profit de ses agents assuré par :

- MGEN Mutuelle Générale de l'Education Nationale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399 et MGEN Vie, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 441 922 002, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Siège social : 3 square Max-Hymans, 75748 PARIS CEDEX 15 ;
- la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Siège social : 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS ;

Les Membres Participants audit contrat collectif bénéficient de garanties d'assistance en inclusion, assurées par Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682.

MGEN, la MNT et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

02890 - Février 2023 - © Camilo Huinca, illustration - Réf. : NI_CR-Occitanie_0223