

SPVIE Santé Famille⁺



Fiche Technique Distributeurs

RAPPEL REGLEMENTAIRE.

Cette fiche vous est communiquée dans le contexte de la Directive Distribution Assurance (DDA) entrée en application le 1^{er} octobre 2018. La DDA a pour objectif global d'encadrer les règles de conception et de distribution des produits d'assurance afin de garantir au mieux la protection de la clientèle.

Dans le cadre de la commercialisation de cette offre, vous êtes tenus de distribuer le produit conformément au marché cible qui lui a été attribué. Constitue un marché cible, un groupe de clients partageant des besoins, des exigences et des objectifs communs.

Vous avez le choix d'utiliser les maquettes de formalisation du devoir de conseil, qui pourront vous guider. SPVIE est susceptible de vous demander un reporting sur l'adéquation des ventes du produit avec le marché cible défini.

Vous êtes également tenu de veiller et de faire remonter à SPVIE toute information pertinente sur le produit et le marché cible, notamment si vous identifiez :

- que la cible définie ci-dessous n'est pas adaptée au produit
- une situation nuisible ou susceptible de nuire au client
- ou encore une situation de conflit d'intérêt.

Votre responsabilité pourra être engagée, notamment par l'ACPR en cas de non-respect des obligations précitées.

CIBLE DE L'OFFRE

1. Marché cible

Constituent le marché cible du produit SPVIE SANTE Famille+ les personnes physiques âgées lors de l'adhésion entre 18 ans et 85 ans inclus au jour de la prise d'effet des garanties, affiliées et à jour d'un régime obligatoire d'assurance maladie français et leurs ascendants (père, mère, beau-père, belle-mère) âgés au plus de 90 ans au jour de la prise d'effet des garanties et à jour d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Cette offre a été réalisée en collaboration avec QUATREM porteur des risques et en voici les principales caractéristiques :

RISQUE :	Santé
CIBLES :	Particulier âgé de 18 ans à 85 ans inclus et jusqu'à 90 ans pour les ascendants.
ADHÉSION :	à l'Association BMI, adhésion obligatoire – Frais d'adhésion 2,25€ par mois, dont une partie sert à financer les garanties d'Assistance.
RÉSIDENCE :	en France Métropolitaine, donc hors DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Mayotte, la Réunion)
AGE A LA SOUSCRIPTION :	l'adhérent et son conjoint doivent être âgé entre 18 et 85 ans.

Les ascendants sont acceptés jusqu'à 90 ans.
Les enfants sont acceptés jusqu'à 18 ans et au-delà jusqu'à 26 ans sous conditions

Le calcul des âges se fait par différence de millésime au 31/12 de l'année de prise d'effet du contrat.

2. Objectifs de l'offre et enjeux

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie ;
- maternité ;
- accident,

constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties, en complément des prestations versées par le régime obligatoire ou de prestations non couvertes par le régime obligatoire mais prévues par les garanties souscrites.

Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus aux dispositions particulières.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ou événement ayant débuté postérieurement à la date d'effet du contrat ou de l'adhésion et durant la période garantie.

Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le contrat peut permettre à l'ascendant de l'adhérent principal de bénéficier des garanties souscrites par celui-ci. L'adhésion des ascendants est limitée à 2 ascendants par adhérent principal. L'âge limite d'adhésion pour l'ascendant est fixé à 90 ans. L'adhérent principal supporte seul le paiement des cotisations de tous les bénéficiaires inscrits au contrat.

3. Informations pertinentes suite aux tests LAB

STRATEGIE DE DISTRIBUTION

1. Canaux de distribution choisis

Ce produit est destiné à la vente par nos courtiers partenaires et franchises en face à face ou au téléphone. Le produit peut aussi être vendu par nos courtiers en direct.

2. Stratégie spécifique de distribution

Cette offre sera également mise à disposition des prospects via le site SPVIE.COM.

DESCRIPTION DU CONTRAT

1. Garanties

Le contrat prévoit le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. Lorsque les formules de garantie sont dites responsables, les garanties respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'adhérent et dans le respect des obligations des minima et maxima de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

En ce sens, Il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minima mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Les différentes formules du contrat peuvent prévoir, qu'elles soient responsables ou non responsables, le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

L'offre se compose de 5 niveaux de garanties repris dans le support ci-après :



sante_particulier_sa
ntefam_tbl_garantie

2. Les exclusions de garanties

Les exclusions de garantie :

En tout état de cause, les formules de garantie responsables ne sauraient couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale

Elles ne garantissent pas également les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

3. Indexation des cotisations

En cas d'évolutions des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

A garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement de la façon suivante :

- **Vieillessement/ Montant des cotisations**

La cotisation évolue contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés :

- **Autres cas de variation des cotisations**

- Les cotisations évoluent également chaque échéance principale du contrat ou de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements. Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.
- Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat ou de l'adhésion.
- Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

- **Révision du tarif**

L'assureur peut être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire du contrat.

Dans cette hypothèse, l'adhérent aura la faculté de résilier le contrat conformément à la notice information.

ELEMENTS CLES DU PARCOURS CLIENT

L'offre SPVIE Santé Senior est ouverte à des clients répondant à des critères d'éligibilité précis et à un marché cible contraint.

Pour cela, le parcours de souscription sur LUCA a été formaté pour vous guider au mieux dans la sélection des assurés pouvant souscrire au contrat.

CRITERES DE TARIFICATION :

- ✓ Age de l'assuré à l'adhésion
- ✓ Le niveau de garantie choisi
- ✓ Le régime social de l'adhérent et de ses éventuels bénéficiaires
- ✓ Zone géographique de résidence
- ✓ Taux de commission
- ✓ La date d'effet du contrat

- **Informations sur l'assuré – Réglementation Lutte contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme (LCB-FT)**

Un certain nombre d'éléments d'identification l'assuré souscrivant le contrat vous est demandé dans LUCA. Vous devez obtenir de la part du client ces informations au titre de la réglementation LCB-FT.

Vous êtes aussi tenu d'identifier si votre client est une **PPE**. Une PPE est une personne ayant exercée depuis moins d'un an ou exerçant une fonction politique, administrative ou juridictionnelle, ou un proche d'une telle personne ou une personne étroitement associée par une relation d'affaire à cette personne.

Si telle est le cas, vous devrez transmettre le dossier à l'adresse suivante : polejuridique@spvie.com.

MODALITES DE GESTION DU CONTRAT ET DES SINITRES

1. Process de gestion du contrat

Gestion Administrative : la gestion administrative des contrats est opérée par SPVIE. Toute demande relative à la souscription ou modification du contrat (émission des pièces contractuelles, échéancier, prélèvement, déclaration d'ayant droit...) doit être communiqué à l'adresse suivante :

SPVIE
Service Gestion
26 Rue Pagès
92150 SURESNES

Ou à l'adresse mail : gestion@spvie.com

Les services de SPVIE sont également joignables au : [01.87 15 69 99](tel:01.87.15.69.99)

2. Process de gestion de sinistre

La gestion des PRESTATIONS SANTE est déléguée à CGRM.

Les demandes de remboursement, devis (calcul de reste à charge) doivent être adressées à l'adresse mail suivante : Remboursement@spvie.com

Ou à
SPVIE Remboursements
TSA 91005
59952 DUNKERQUE

Pour toutes questions relatives à des remboursements de prestations, les assurés doivent contacter CGRM au n° suivant : [01.87 15 69 99](tel:0187156999)

Pour rappel, les prestations santé sont remboursées par CGRM après intervention du régime obligatoire de l'assuré sauf cas expressément exposé à la notice d'information. Il convient donc le cas échéant d'adresser les pièces justificatives suivantes :

- Décompte du RO (sauf si télétransmission),
- Notes d'honoraires ou factures acquittées
- Décompte établi par un autre organisme de prévoyance,