

SPVIE Santé Malin



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 MALIN les personnes physiques âgées lors de l'adhésion entre 18 ans et 85 ans inclus, affiliées et à jour d'un régime obligatoire d'assurance maladie français

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

RISQUE :	Santé
CIBLES :	Toute personne âgée de 18 ans à 85 ans inclus et jusqu' à 90 ans en dérogation
ADHÉSION :	à l'Association BMI, adhésion obligatoire – Frais d'adhésion 2,25€ par mois, dont une partie sert à financer les garanties d'Assistance.
RÉSIDENTCE :	en France Métropolitaine (Corse comprise), DOM-TOM. Hors Monaco et hors étranger
AGE A LA SOUSCRIPTION :	l'adhérent doit être âgé entre 18 et 85 ans. Le conjoint est accepté à partir de 18 ans et jusqu'à 85 ans. Les enfants sont acceptés de 0 à 26 ans inclus

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 ;
- risque cyber,
- dépendance totale (P.T.I.A)

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.

Nous attirons votre attention sur la cible qui est susceptible de comprendre des personnes âgées vulnérables connaissant notamment un déclin de leurs capacités cognitives et n'étant pas accoutumées aux techniques de vente à distance, le cas échéant, de nature à altérer la portée de leur engagement.

Il appartient au distributeur qui est en relation directe avec la clientèle d'apprécier le caractère vulnérable de celle-ci et de s'assurer de la bonne compréhension par le client des informations, des conditions entourant le contrat ainsi que des conditions de son engagement. Recueillir le consentement non éclairé d'une personne vulnérable en connaissance de cause est constitutif des délits pénaux d'abus de faiblesse et d'abus de confiance.

3. Informations pertinentes suite aux tests LAB.

RAS

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 mis à disposition des prospects via le site SPVIE.COM.

DESCRIPTION DU CONTRAT

1. Garanties

Le produit SPVIE Santé Malin comprend plusieurs offres qui peuvent être proposées en fonction du besoin de l'adhérent. Chaque offre possède des niveaux de couverture, dont le descriptif détaillé de l'ensemble des postes est récapitulé dans le tableau de garanties joint en annexe du présent document.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction des formules et des niveaux de garanties choisis et indiqués au Certificat d'adhésion.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- Soit, en inclusion du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- Soit, en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire: Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- Soit en Frais réels (FR),
- Soit par un forfait exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie qui incluent la prise en charge du ticket modérateur. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire.

Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité. Seuls les équipements «optique» s'apprécient sur une période de deux ans et les équipements «aides auditives» s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

Garantie Cyber :

Les montants des remboursements s'entendent en euro, déduction faite de la franchise, dans la limite indiquée dans le tableau de la garantie Cyber

L'offre se compose de 3 formules de garanties reprises dans le support ci-dessous:



particulier_sante_defe
nse_grille_garanties_nr

2. Les exclusions de garanties

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum et maximum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité, de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables »

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 : **de 2 % par an jusqu' à 74 ans puis de 4% de 75 à 90 ans**

- **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.

REMUNERATION

1. Rémunération applicable au courtier :

16 niveaux en linéaire : de 0% à 15% par pas de 1%. Le commissionnement est positionné à 10% par défaut.

2. Information de la rémunération :

La réglementation vous impose de communiquer au client la nature de la rémunération que vous percevez au titre de la distribution de chaque contrat.

SPVIE vous propose d'intégrer cette information dans la maquette fiche conseil qui est mise à votre disposition sur LUCA :

Rémunération (indiquer la nature de la rémunération perçue au contrat. Par exemple : honoraire, commission...)

Votre courtier perçoit... au titre de la distribution du contrat qu'il vous présente.

3. Politique de rémunération :

Conformément à la réglementation DDA, aucune rémunération perçue au titre de la distribution d'un contrat d'assurance ne doit influencer un courtier à distribuer un produit plutôt qu'un autre qui correspondrait mieux aux intérêts du client.

Par conséquent, SPVIE a mis en place une politique de rémunération. Cette politique vous sera prochainement communiquée, devra nous être retournée signée et fera partie intégrante de la convention de partenariat.

ELEMENTS CLES DU PARCOURS CLIENT

L'offre SPVIE Santé Malin 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

En cas de souscription couple ou famille (y compris famille monoparentale), une remise de 10% est accordée sur la totalité de la prime. Cette réduction est directement calculée dans le prix affiché.

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

Un certain nombre d'éléments d'identification de 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, la souscription est temporairement bloquée. Vous devrez transmettre le dossier à l'adresse suivante : alerte.ppe-gda@spvie.com

La procédure complète de constitution et de traitement des PPE vous sera prochainement transmise.

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
TSA 41009
59952 DUNKERQUE CEDEX1

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

Les services de SPVIE sont également joignables au : 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 : 03.28.21.05.99

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,

3. Process de gestion de renonciations / résiliations

Les demandes de renonciation ou résiliation doivent être adressées à l'adresse postale suivante :

SPVIE
TSA 31008
59952 DUNKERQUE CEDEX 1

DEFINITIONS GENERALES

Enfants à charge : Sont considérés comme Enfants à charge : ceux de l'Adhérent, de son Conjoint tels que définis précédemment, qui remplissent les conditions cumulatives suivantes:

- être âgés de moins de 18 ans ;
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de l'affiliation de l'assuré, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;
- être à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint,

Cette limite d'âge est portée à moins de 26 ans pour les Enfants à charge qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement correspondant à moins de 65 % du SMIC ;
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage;
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les Enfants à charge qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue par l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

Conjoint : Personne âgée de 18 à 85 ans inclus,

- Déclaré(e) en concubinage avec l'assuré principal au sens de l'article 515-8 du Code civil
- Déclaré(e) pacsé avec l'assuré principal au sens de l'article 515-1 du Code civil
- Déclaré(e) marié avec l'assuré principal non divorcé(e) et non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable, dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil)

DEFINITIONS SPÉCIFIQUES À LA GARANTIE CYBER

Équipements personnels : tous les équipements (ordinateurs, ordinateurs portables, tablettes, téléphones portables, etc.) utilisés dans le but de créer, traiter, protéger, contrôler, stocker, extraire, afficher, transmettre et accéder à des données.

Événement assuré : tout incident de cybersécurité affectant vos équipements personnels entraînant un remplacement nécessaire de ces derniers, tout préjudice financier consécutif à une vente en ligne ou du shopping en ligne (détournement de fonds).

Expert : toute personne physique ou morale désignée par nos soins ou avec notre accord préalable et/ou avec l'accord préalable du prestataire de services de gestion d'incident/ de crise (informaticien, juriste ou consultant en relations publiques par exemple).

Objet connecté : On entend par équipement connecté, un objet qui est capable de communiquer avec un réseau informatique (internet le plus souvent) par wifi, Bluetooth ou une puce électronique de télécommunication.

Objet de santé connecté : tous les équipements connectés ayant un lien reconnu avec la santé (cardiofréquencemètre, montre connectée ...).

Porte-monnaie électronique ; tout compte en ligne sur lequel vous déposez ou gagnez des sommes d'argent libellées dans une monnaie spécifique pouvant être dépensée dans un magasin (en ligne).

DÉFINITION SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE DÉPENDANCE

Acte de prévention : Ensemble des actes de prévention tels qu'énumérés dans l'arrêté 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

Assistance d'une tierce personne : Par Assistance d'une tierce personne, on entend l'aide formelle ou informelle d'un membre du personnel paramédical, d'un parent ou d'un ami pour effectuer les Actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.

Dépendance totale : invalidité physique ou intellectuelle par suite de maladie ou d'accident, survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, rendant l'Adhérent définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir au moins 3 des 5 actes essentiels de la vie quotidienne de façon totale ((se coucher et se lever, s'habiller et se déshabiller, boire et manger, se laver et aller aux toilettes, se déplacer