



**Mieux comprendre mon contrat, mes garanties
et faire le meilleur choix**

MON GUIDE SANTÉ

Bienvenue chez Génération !

Génération est l'organisme gestionnaire de votre contrat collectif mis en place par votre entreprise, généralement en partenariat avec un courtier et un assureur.

C'est à dire ?

Génération devient votre interlocuteur privilégié et met à votre disposition un ensemble de services pour simplifier la gestion de votre complémentaire santé au quotidien comme dans les moments exceptionnels !

Avec Génération, vous :

- Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements.
- Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne.
- Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Mon contrat

Qui peut bénéficier de mon contrat santé ?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

« Vous-même, assuré social, salarié de l'entreprise.

- **Le conjoint :**

- la personne mariée avec l'affilié, non séparé de corps judiciairement ni divorcé.
- le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou le concubin vivant maritalement avec l'affilié.

- **Le conjoint à charge** (sans contrepartie d'une cotisation complémentaire) :

- n'exerçant pas d'activité ou ne percevant pas de revenus ou de pensions pour les retraités
- percevant une allocation à charge

- **Le conjoint non à charge :**

- est considéré comme conjoint non à charge les conjoints exerçant une activité et percevant des revenus ou pour les retraités percevant une pension.

Sachant qu'une personne au chômage et percevant une allocation chômage, est considérée comme à charge

Les enfants de l'affilié et ceux de son conjoint :

- âgés de moins de 18 ans
- âgés de moins de 28 ans et justifiant :
 - poursuivre leurs études secondaires ou supérieures
 - être sous contrat d'apprentissage
 - être titulaire d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à Pôle emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.

Quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

Toute personne à la charge fiscale de l'affilié ou de son conjoint ».

Mon contrat

Comment modifier mes garanties (résiliation, souscription d'une option complémentaire...)?

Extrait des Conditions Particulières de votre contrat

«Adhésion :

L'affiliation au contrat optionnel /sur-complémentaire prend effet :

- A la date de l'adhésion au contrat de base (demande notifiée sur le même formulaire que celui de l'adhésion initiale),
- **Au 1^{er} janvier de chaque année**, pour toute demande adressée par courrier ou email, à minima 30 jours avant cette date, le cachet de la poste faisant foi.
- **Le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande** : En cas d'évolution de la situation familiale (mariage ou divorce, conclusion ou rupture de PACS, concubinage, naissance ou adoption, veuvage). La demande doit être faite auprès de nos services et accompagnée des justificatifs nécessaires, dans les 30 jours maximum suivant la dite évolution.

Dans tous les cas :

- l'adhésion au régime optionnel /sur-complémentaire est subordonnée à l'adhésion au régime de base,
- les adhérents au régime optionnel /sur-complémentaire sont les mêmes que ceux adhérant au régime de base,
- un minimum de 2 ans d'adhésion à l'option est exigée.

Résiliation :

L'affiliation au contrat optionnel /sur-complémentaire prend fin, à la demande du salarié :

- **Au 1^{er} janvier**, lorsque l'assuré a bénéficié du régime optionnel /sur-complémentaire, pendant au moins 2 années civiles, sous réserve de la réception par nos services de la demande de radiation du salarié à minima 30 jours avant cette date, le cachet de la poste faisant foi.
- **Le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande du salarié** : En cas d'évolution de la situation familiale (mariage ou divorce, conclusion ou rupture de PACS, concubinage, naissance ou adoption, veuvage). La demande doit être faite auprès de nos services et accompagnée des justificatifs nécessaires, dans les 30 jours maximum suivant la dite évolution.

Toute demande de résiliation de l'adhésion au contrat optionnel/sur-complémentaire est irrévocable. Le salarié et ses ayants-droit ne pourront plus adhérer à nouveau au régime optionnel /sur-complémentaire, sauf en cas d'évolution familiale.»

5 conseils pour maîtriser mes dépenses de santé

Dans un univers de la santé où se soigner coûte de plus en plus cher, adopter certaines bonnes pratiques peut permettre de limiter vos dépenses sans négliger votre capital santé !

1/ Suivez le parcours de soins.

Pour une meilleure prise en charge de vos dépenses de santé, choisissez votre médecin traitant et consultez-le en priorité.

2/ Consultez des médecins signataires de l'OPTAM / DPTAM (Option/Dispositif Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Pour bénéficier de dépassements d'honoraires encadrés et d'un meilleur remboursement (si votre contrat est « Responsable »), vérifiez si votre médecin est signataire de l'OPTAM sur l'annuaire santé du site Ameli.fr.

3/ Pensez à votre réseau de soins (si c'est inclus dans votre contrat)

Privilégiez les professionnels de santé partenaires pour bénéficier de nombreux avantages et de tarifs encadrés.

4/ Demandez plusieurs devis

Surtout pour l'optique et le dentaire. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence et à négocier les prix. Ne donnez pas le montant de vos garanties : cela peut influencer la facturation de votre praticien.



5/ Votre conjoint bénéficie de sa propre mutuelle ?

Celle-ci doit intervenir en premier lieu dans le remboursement de ses soins.

Vos dépenses santé et celles de vos collègues impactent le contrat collectif santé mise en place par votre employeur.

Le maintien ou la baisse de vos cotisations dépend par conséquent du bon usage de ces pratiques.

Besoin d'informations complémentaires, nous nous engageons à vous accompagner et à vous aider à répondre aux questions que vous pourriez vous poser : services en ligne, santé et bien-être, démarches santé, tiers-payant... **Consultez régulièrement notre blog sur www.generation.fr pour bénéficier de toutes nos informations et / ou de nos conseils.**

Mes services Génération

Découvrez les nombreux services disponibles à tout moment pour gérer votre complémentaire santé en toute autonomie. Votre espace adhérent vous permet de réaliser la plupart de vos démarches

Bénéficiez de nombreux services pour éviter l'avance de frais et accélérer vos remboursements :

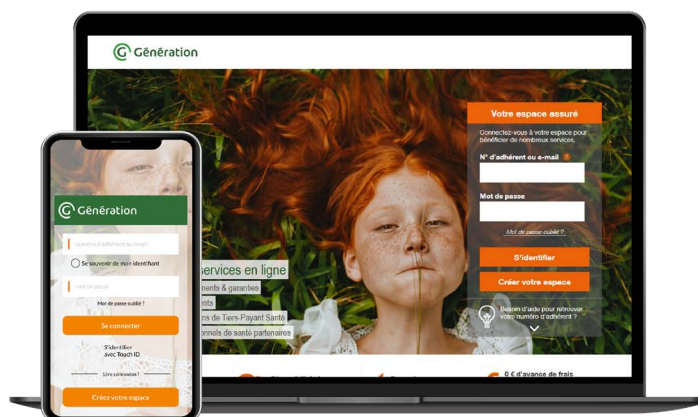
- Géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers-payant,
- Estimez vos remboursements suite à un devis,
- Demandez une prise en charge hospitalière,
- Envoyez vos justificatifs (ordonnance, facture, décompte...),
- Suivez vos demandes à tout moment et accédez à l'historique de vos échanges.

Consultez vos droits et réalisez l'ensemble de vos démarches en ligne :

- Consultez vos garanties,
- Modifiez vos coordonnées personnelles (adresse, e-mail, informations bancaires, téléphone...),
- Ajoutez ou retirez un bénéficiaire (en fonction des modalités prévues dans votre contrat),
- Modifiez votre télétransmission,
- Prolongez les droits de vos enfants ou vos droits en portabilité (ANI),
- Téléchargez, imprimez ou envoyez par e-mail votre attestation de Tiers-Payant Santé.

& Disposez de services et d'outils pratiques de prévention et d'information santé.

Rendez-vous sur
<https://assure.generation.fr>
ou sur l'appli mobile Génération.



Comment bénéficier du Tiers-Payant ?

Le tiers-payant évite l'avance des frais dans la limite de vos garanties.

- Si le professionnel de santé **pratique le tiers-payant, vous n'avez rien à régler**, comme c'est souvent le cas dans les pharmacies par exemple.
- Si le professionnel de santé **ne pratique pas le tiers-payant, il vous sera demandé d'avancer les frais**, c'est à dire de régler une part ou la totalité de la consultation comme souvent chez un médecin généraliste ou spécialiste.



Retrouvez et géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers-payant près de chez vous sur votre espace ou votre appli mobile, rubrique **Services en ligne / Trouver un professionnel de santé**.

...Et en cas d'hospitalisation ?

Pour vous éviter l'avance de frais, vous devez faire une demande de prise en charge hospitalière depuis votre espace assuré, **rubrique Aide et contact / Contacter Génération**. Nous vous délivrerons un **accord de prise en charge sous 24h**.

Votre attestation de tiers-payant disponible à tout moment !

Téléchargez, imprimez ou envoyez votre attestation de Tiers-Payant Santé.

Privilégiez la version numérique de votre attestation de tiers-payant. Elle vous dispense d'avance de frais sans contact et en toute sécurité.

Elle vous permet également de transmettre par e-mail votre attestation de tiers-payant aux professionnels de santé.

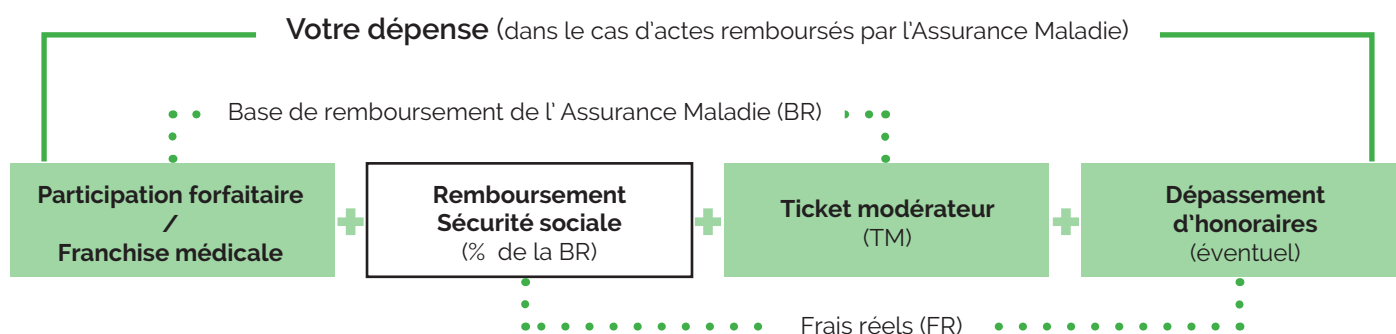


Pour télécharger votre attestation de Tiers-Payant Santé, rendez-vous sur votre espace ou votre appli mobile, rubrique **Contrat / Mon attestation de Tiers-Payant Santé**.

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

La Sécurité sociale vous rembourse un pourcentage de la Base de remboursement.

Génération intervient, après la Sécurité sociale, en remboursement du ticket modérateur et de l'éventuel dépassement d'honoraires, conformément aux dispositions contractuelles et réglementaires de votre contrat Frais de santé.



Vous bénéficiez de la télétransmission entre la Sécurité sociale et Génération ?

Votre bordereau de Sécurité sociale contient un message de type « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » : vous n'avez rien à faire ! Votre décompte nous est envoyé automatiquement.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Votre bordereau de Sécurité sociale ne comporte pas de message : **vous devez récupérer ce bordereau sur ameli.fr et nous l'adresser.**

Le remboursement de mes dépenses de santé, comment ça marche ?

Quels justificatifs nous adresser ?

Certains soins nécessitent l'envoi d'un ou plusieurs justificatifs (décompte, ordonnance ou facture...) pour le remboursement de vos frais de santé.

Pensez à le(s) photographier avec votre smartphone afin de nous le(s) transmettre très facilement via votre espace assuré ou via l'appli mobile.

TYPE DE SOINS	JUSTIFICATIF(S) à adresser à Génération
Soins dentaires (parodontie, orthodontie refusée)	Facture
Prothèses auditives, grand appareillage	Facture
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture...)	Facture
Optique (montures, lentilles, verres, kératotomie)	Ordonnance + Facture
Soins externes (actes réalisés en secteur hospitalier sans hospitalisation)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée
Dépassements d'honoraires (en milieu hospitalier)	Avis des sommes à payer + Facture acquittée

Mes garanties Base (1/3)

NATURE DES GARANTIES	Taux de remboursement SS	MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale	
		Régime de base	Surcomplémentaire non responsable
			Obligatoire
			En complément du régime de base

HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Forfait journalier hospitalier			100% du forfait	
Honoraires	Médecins adhérents DPTAM	80% ou 100%	100% FR - SS	
	Médecins non adhérents DPTAM	80% ou 100%	200% BR - SS	300% BR
Frais de séjour	Secteur conventionné	80% ou 100%	100% FR - SS	
	Secteur non conventionné	80% ou 100%	90% FR - SS	
Chambre particulière	Secteur conventionné ou non		100% FR dans la limite de 4 % du PMSS / jour	
Lit d'accompagnant (Hospitalisation enfant - de 16 ans)			100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS / nuit	
Participation maternité			Frais engagés plafonnés à 100% FR - SS Dans la limite de 15 % du PMSS	

SOINS COURANTS				
Généralistes	Médecins adhérents DPTAM	70%	470% BR - SS	
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	200% BR - SS	270% BR
	Médecins adhérents DPTAM	70%	470% BR - SS	
Spécialistes	Médecins non adhérents DPTAM	70%	200% BR - SS	270% BR
	Médecins adhérents DPTAM	70%	470% BR - SS	
Actes de petite chirurgie	Médecins adhérents DPTAM	70%	470% BR - SS	
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	200% BR - SS	270% BR
Radiologie, Echographie, Ostéodensitométrie, Actes de spécialité	Médecins adhérents DPTAM	70%	470% BR - SS	
	Médecins non adhérents DPTAM	70%	200% BR - SS	270% BR
Honoraires paramédicaux		60%	100% FR - SS dans la limite de 400% BR	
Analyses et examens de laboratoire		60%	100% FR - SS dans la limite de 400% BR	
Médicaments		variable	TM	
Matériel médical (Appareillage - Prothèses médicales)		60% ou 100%	100% FR - SS dans la limite de 300% BR	

OPTIQUE (Les forfaits en € pour les équipements optique sont à entendre SS incluse)				
Renouvellement à compter de la date d'acquisition : tous les 2 ans adultes et enfants 16 ans et + / tous les ans enfants + de 6 ans et - de 16 ans / tous les 6 mois enfants - de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, sinon renouvellement tous les ans				
Exceptions : renouvellement anticipé pour raisons médicales / 2 équipements autorisés (vision de près et de loin) si intolérance				
Le panachage des verres d'une classe et de la monture de l'autre classe est possible				
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE A" *		60%	100% FR - SS dans la limite des PLV	
ITELIS			0 € de reste à charge sur les verres	
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "Classe B / tarif libre" - ADULTE <i>Équipement composé de 2 verres différents : le plafond est obtenu en divisant par 2 la somme des équipements correspondant à chacun des 2 verres</i>	Verres	60%	Voir grille optique mise en place du réseau ITELIS pour un zéro reste à charge	
	Monture	60%		
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "Classe B / tarif libre" - ENFANT <i>Équipement composé de 2 verres différents : le plafond est obtenu en divisant par 2 la somme des équipements correspondant à chacun des 2 verres</i>	Verres	60%		
	Monture	60%		
Lentilles	Lentilles remboursées par la SS	60%	100% FR - SS (limité à 12% PMSS) / an / bénéficiaire	
	Lentilles non remboursées SS (y/c jetables)		Au-delà, minimum 100% TM pour les lentilles RSS	
Opération de la myopie et hypermétropie laser			600 € / œil / bénéficiaire (limitation à une intervention sur chaque œil dans l'année)	
* Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au 2ème alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale				

Mes garanties Base (2/3)

NATURE DES GARANTIES	Taux de remboursement SS	MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale	
		Régime de base	Surcomplémentaire non responsable
			Obligatoire
			En complément du régime de base

DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE *		70%	100% FR - SS dans la limite des HLF
SOINS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou tarif libre ***), Inlay, Onlay		70%	300% BR
PROTHESES DENTAIRES NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE (tarif maîtrisé ** ou à tarif libre ***)	Prothèses dentaires remboursées par la SS	70%	335% BR
	Inlay core	70%	335% BR
Prothèses hors paniers	Prothèses dentaires non remboursées par la SS (pilier de bridge)		360 € / prothèse
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la SS	70% ou 100%	100% FR - SS limité à 300% BR
	Orthodontie non remboursée par la SS		Remboursement max par semestre: 580,5 € / semestre (max 4 semestre) Remboursement max pour 1 an de contention: 483,75 €
Parodontologie	Non remboursée par la SS		
Implantologie	Non remboursée par la SS		500 € / an / bénéficiaire

* Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la SS (HLF : Honoraires Limites de Facturation) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale. Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra excéder les HLF

*** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES (à partir du 1er janvier 2021) (Les forfaits en € pour les équipements auditifs sont à entendre SS incluse)			
Renouvellement à compter de la date de délivrance de l'appareil : dans la limite d'un équipement tous les 4 ans par oreille			
EQUIPEMENTS ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 1" *	60%	100% FR - SS dans la limite des PLV	
EQUIPEMENTS NON ELIGIBLES AU PANIER 100% SANTE : "CLASSE 2" ** : Prothèses, piles et entretien	60%	90% FR - SS (limité à 400% BR)	

* Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix limite de vente : PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale

** Le cumul des remboursements servis par la sécurité sociale et la complémentaire santé, au titre des dispositifs médicaux d'aides auditives de classe II ne pourra excéder 1 700 € par bénéficiaire et par appareil (par période de 4 ans).

TRANSPORT (accepté par la Sécurité Sociale)			
Transport (accepté par la Sécurité Sociale)	65%	100% FR - SS limité à 100% BR	

CURE THERMALE (acceptée par la Sécurité Sociale)			
Traitement et honoraires	65% ou 70%	TM	
Voyage et hébergement (dans la limite des frais réels)		Forfait de 10% du PMSS / an / bénéficiaire	

Mes garanties Base (3/3)

NATURE DES GARANTIES	Taux de remboursement SS	MONTANT DES GARANTIES en complément de la Sécurité Sociale	
		Régime de base	Surcomplémentaire non responsable
			Obligatoire
			En complément du régime de base
ACTES DE PREVENTION			
Vaccins et contraception non remboursés par la Sécurité Sociale (sur prescription)		50 € / an / bénéficiaire	
Vaccins suivant la liste établie par voie d'arrêté en application de l'art L 871-1 du code de la sécurité sociale		100% BR	
Examen de dépistage de l'ostéoporose		25 € tous les 3 ans (entre 50 et 65 ans)	
Dépense d'un holter tensionnel sur présentation d'un justificatif		23 €	
Actes de prévention: ensemble des actes définis par le contrat responsable (liste complète sur l'assurance maladie)		Minimum 100% TM	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival (en deux séances maximum)		300% BR	
Dépistage de l'hépatite B		100% FR - SS (limité à 400% BR)	
MEDECINES NON CONVENTIONNELLES			
Ostéopathe, chiropracteur, psychomotricien, acupuncteur, diététicien, pédicure-podologue, psychologue, tabacologue		30 € / séance maxi 3 séances / an / bénéficiaire	
SERVICES ASSOCIES			
Assistance		Mutuaide assistance 01 45 16 65 20 Référence à rappeler 139 674 66	
Téléconsultation		Oui	
Réseau de soins		ITELIS	
Fonds social		http://fondssocial.groupama.fr fondssociauxCCN@agvie.fr	

BR = Base de Remboursement Sécurité Sociale - TM = Ticket Modérateur - FR = Frais Réels - DPTAM = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée => désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la SS, notamment les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAM-CO)

Mes garanties - Grille optique

Classe de défaut visuel	Défaut visuel		Dans le réseau		Hors réseau	
	Myopie ou hypermétropie (en dioptries)	Astigmatie (en dioptries)	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 6 ème génération	Verre simple foyer	Verre progressif jusqu'à la 6 ème génération
Classe 1	de 0 à 2	inférieur ou égal à 2			70 €	200 €
Classe 2	de 0 à 2 de 2,25 à 4	de 2,25 à 4 inférieur ou égal à 2			105 €	250 €
Classe 3	de 2,25 à 4 de 4,25 à 6	de 2,25 à 4 inférieur ou égal à 4		Frais réels	135 €	265 €
Classe 4	de 6,25 à 8 de 0 à 8	inférieur ou égal à 4 supérieur ou égal à 4,25			150 €	300 €
Classe 5	Supérieur ou égal à 8,25	Tous cylindres			200 €	325€*
	Monture			Adulte 100€ - Enfant 90 €		

Limite de consommation: un équipement tous les 2 ans pour les adultes, et 1 équipement par an pour les enfants ou en cas de changement du défaut visuel dès 0,25 dioptries

* 300 € pour les enfants

Mon réseau de soins

Inclus et proposé par votre contrat, vous disposez du réseau de soins



Qu'est-ce que cela signifie ?

Si vous vous rendez chez un professionnel de santé partenaire d'**itelis**, vous profitez de tarifs négociés, de services d'accompagnement, de garanties complémentaires et surtout vous évitez l'avance de frais facilement via votre espace adhérent ou via l'appli mobile.



BÉNÉFICIEZ
DES AVANTAGES ITELIS



ENGAGEMENTS *Confiance* *dans les réseaux Itelis*

OFFRE OPTIQUE

Jusqu'à 40% D'ÉCONOMIE <small>sur les verres</small>	Jusqu'à 25% DE REMISE <small>sur les montures</small>	15% DE REMISE MINIMALE <small>sur le para-optique</small>	10% DE REMISE MINIMALE <small>sur les lentilles</small>
---	--	---	---

OFFRE AUDIO

Jusqu'à 15% D'ÉCONOMIE <small>sur les aides auditives*</small>	15% DE REMISE MINIMALE <small>sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...)</small>	10% DE REMISE MINIMALE <small>sur les produits d'entretien</small>
---	--	--

OFFRE DENTAIRE

Jusqu'à 15% D'ÉCONOMIE <small>sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges)</small>	Jusqu'à 25% D'ÉCONOMIE <small>sur un traitement implantaire</small>	À PARTIR DE 1 490€ <small>pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne)</small>
---	--	--

Trouvez le partenaire le plus proche
sur votre espace adhérent

Mes échanges avec Génération

Vous pouvez gérer votre contrat où, quand et comme vous le souhaitez avec nos services en ligne ou échanger directement avec nous lorsque vous en avez besoin.



Web et mobile

De nombreux services en ligne pour gérer votre contrat en toute indépendance sur notre site web ou sur l'appli mobile Génération
www.generation.fr*



Accueil téléphonique 24h/24 & 7j/7

02 98 51 38 00 (appel non surtaxé)

- **Gwen, notre assistante virtuelle**, vous accompagne dans vos démarches 24h/24 et 7j/7 sans délai d'attente
- **Une équipe de conseillers experts*** reste disponible pour toute demande spécifique du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

*service accessible aux personnes sourdes et malentendantes via l'appli **OCCEO**



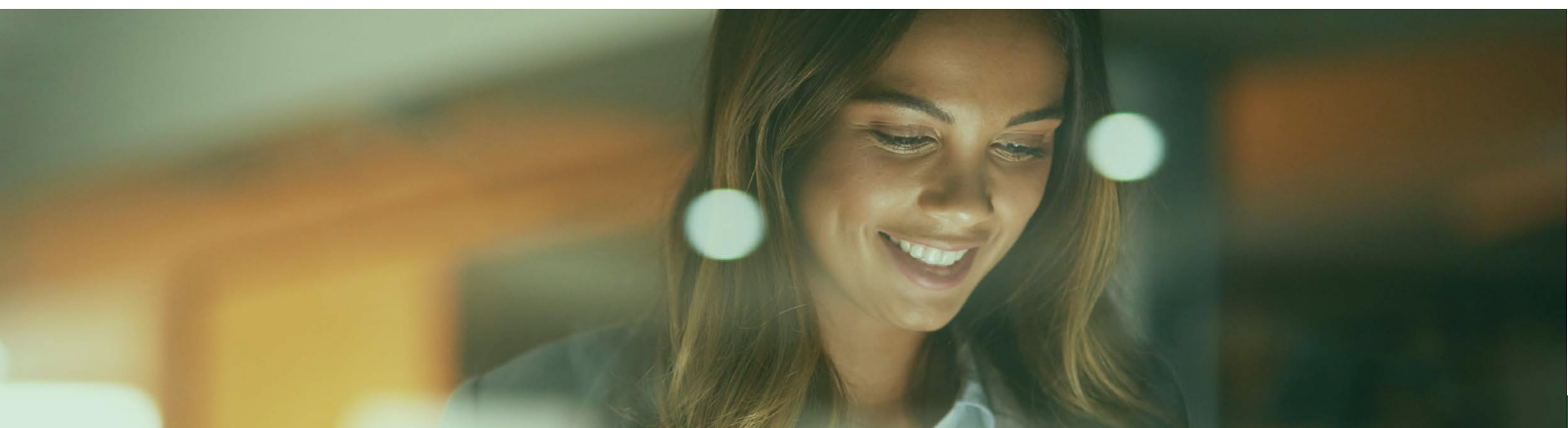
Adresse postale

Génération
29080 QUIMPER Cedex 09



Génération TV

www.youtube.com/c/GenerationTV





Experts et bienveillants, nous sommes engagés à vos côtés
pour vous rendre la gestion de la santé **plus simple.**

SAS AU CAPITAL DE 102.766,40 € - SIEGE SOCIAL : 12 BIS RUE DE KEROGAN 29080 QUIMPER Cedex 9
RCS QUIMPER B 410 069 066 - CODE APE : 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 410 069 066
N° ORIAS : 07 000 842 / www.orias.fr
Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09