



ASSURANCE DES AUTO-ENTREPRENEURS

PRESTATIONS SANTE

Garantie concernée

- Complémentaire Santé

Remboursements Frais de Soins

**Remboursement des soins médicaux, des frais d'optique,
des frais en dentaire, prise en charge des frais en cas d'hospitalisation**

Conformément à vos Conditions Personnelles et au « Guide de l'assuré » disponible ci-après, adressez vos justificatifs détaillés des originaux des dépenses, ou vos formulaires de devis préalablement renseignés et signés par les praticiens non partenaires à :

La Banque Postale
Assurance des Auto-Entrepreneurs
TSA n° 31028
62011 ARRAS CEDEX

Services d'assistance

Assistance Santé
Service d'accompagnement médico-social
Service d'informations santé

Munissez-vous de votre numéro de contrat définitif et de votre référence Santé

et contactez nos conseillers au

01 45 16 43 57

Pour tout complément d'information

Vous pouvez contacter notre Service Client au

0 810 75 76 77 Service 0,05 € / appel
+ prix appel

Service disponible du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, hors jours fériés

Adresse courriel : contact@assurance.autoentrepreneur.labanquepostale.fr

Bordereaux à joindre à votre Correspondance Complémentaire Frais de Soins

Contrat N°	..... (Numéro de contrat définitif)	..... (Référence Santé)
NOM	.....
Prénom	.....
Adresse	.....
	
	
	
	

Contrat N°	..... (Numéro de contrat définitif)	..... (Référence Santé)
NOM	.....
Prénom	.....
Adresse	.....
	
	
	
	

Contrat N°	..... (Numéro de contrat définitif)	..... (Référence Santé)
NOM	.....
Prénom	.....
Adresse	.....
	
	
	
	

Contrat N°	..... (Numéro de contrat définitif)	..... (Référence Santé)
NOM	.....
Prénom	.....
Adresse	.....
	
	
	
	



GUIDE DE L'ASSURE

BIEN VOUS INFORMER POUR BIEN VOUS REMBOURSER

Sommaire :

- 1. VOS REMBOURSEMENTS EN PRATIQUE**
- 2. VOS REMBOURSEMENTS DE SOINS MEDICAUX**
- 3. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS D'OPTIQUE**
- 4. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS EN DENTAIRE**
- 5. VOTRE PRISE EN CHARGE À L'HOPITAL**
- 6. LES SERVICES DE VOTRE CONTRAT**
- 7. LES FORMULAIRES DE DEVIS LUNETTES, LENTILLES ET BUCCO-DENTAIRES**

1. VOS REMBOURSEMENTS EN PRATIQUE

Pour ne pas déséquilibrer votre budget, autant ne pas avoir à avancer d'argent ou être remboursé dans les meilleurs délais. Avec l'assurance santé des auto-entrepreneurs de la Banque Postale c'est possible.

Pour cela, 2 documents indispensables :

- **La carte Vitale**

Elle remplace la feuille de soins. Aujourd'hui, les médecins, dans leur grande majorité l'utilisent et transmettent, à partir de leur poste informatique, les informations nécessaires à votre régime obligatoire d'assurance maladie. Si ce dernier a passé avec nous les accords nécessaires, tout se passe ensuite sans que vous ayez à intervenir. Votre régime obligatoire vous rembourse sa part et nous envoie une information qui permet d'enclencher automatiquement votre remboursement Groupama Santé Active. Fini l'envoi de documents pour vos remboursements.

- **L'attestation de tiers payant**

Pratique, c'est un document papier qui se glisse dans votre portefeuille.

Elle vous est adressée quelques jours avant la prise d'effet de votre contrat.

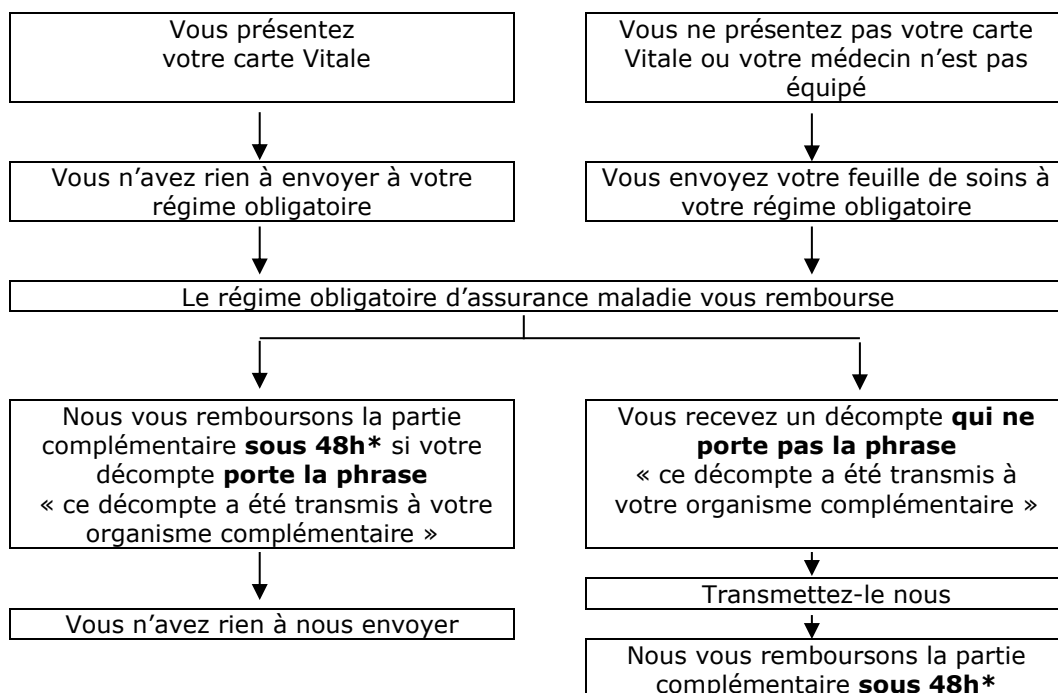
En la présentant avec votre carte Vitale, vous ne ferez pas l'avance de vos dépenses de santé pour les catégories de soins mentionnées sur votre attestation. Mais comme certains professionnels de santé ne pratiquent pas le tiers payant, pensez à le leur demander au préalable.

Bon à savoir : Pensez à nous signaler tout changement dans votre vie (naissance, déménagement...) et pour permettre la transmission de vos données et le remboursement de vos soins, n'oubliez pas également de mettre à jour votre carte Vitale dans une pharmacie, un hôpital ou l'un des centres de paiement des régimes obligatoires.

■ Comment vous faire rembourser vos dépenses de santé

Avec l'assurance santé des auto-entrepreneurs de la Banque Postale, pour être remboursé des dépenses de santé, c'est facile. Si vous utilisez votre carte Vitale, tout est automatique !

- Pour une consultation chez votre médecin



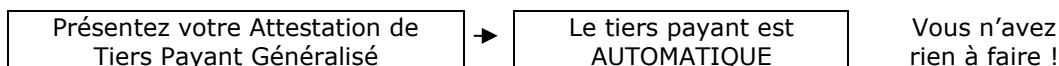
* hors délais bancaires et postaux et hors cas exceptionnels

2. VOS REMBOURSEMENTS DE SOINS MEDICAUX

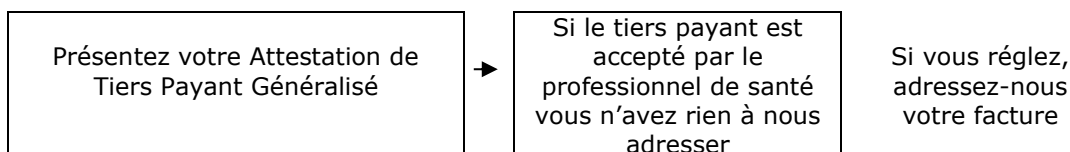
2.1 Comment procéder pour vos soins médicaux

Vérifiez sur votre Attestation de Tiers Payant Généralisé les catégories de dépenses de santé permettant le tiers payant.

- **Pour vos médicaments prescrits et remboursés**



- **Pour vos analyses et radios**



- **Pour vos soins non pris en charge par votre régime obligatoire**

Vous ne pouvez pas bénéficier du tiers payant.
Pour être remboursé, adressez-nous les pièces justificatives nécessaires.

SOINS	PIECES JUSTIFICATIVES
Vaccin et traitement antipaludéen	Facture pharmacien
Séance d'ostéopathie ou de chiropractie	Note d'honoraires
Bilan annuel de prévention dentaire	Note d'honoraires
Moyens contraceptifs prescrits	Facture pharmacien
Pose de vernis fluoré	Note d'honoraires
Sevrage tabagique	Facture pharmacien

- **Pour la prime bienvenue**

A la naissance ou l'adoption de votre enfant (de moins de 11 ans), vous devez nous adresser l'acte de naissance ou le certificat d'adoption.

2.2 Les « PLUS » de la garantie soins médicaux

Votre contrat « assurance santé des auto-entrepreneurs » de la Banque Postale n'est pas un contrat comme les autres. Bien sûr, il complète le remboursement de votre régime obligatoire mais en plus, il vous aide à rester en bonne santé en favorisant la prévention et en vous permettant de choisir votre traitement, même parmi ceux non remboursés par la Sécurité sociale.

CONSULTATIONS - MEDICAMENTS - RADIOS-ANALYSES - APPAREILLAGES - AUXILIAIRES MEDICAUX - CURES THERMALES - FRAIS DE TRANSPORT

Vos dépenses sont prises en charge, à hauteur de vos garanties.
Vous consultez un médecin non conventionné : notre remboursement est le même que pour un médecin conventionné.

Les « PLUS »

- un remboursement pour :
 - l'ostéopathie et la chiropractie
 - les moyens contraceptifs prescrits non pris en charge par le régime obligatoire
- une participation pour vos dépenses personnelles en cure thermale si celle-ci est acceptée par votre régime obligatoire

et pour vous aider à rester en bonne santé, la prise en charge :

- d'une consultation diététique
- de tous les moyens de sevrage tabagique
- des vaccins non remboursés (ex : fièvre jaune) et des traitements anti-paludéens
- du vaccin anti-grippe quel que soit votre âge
- de la pose de vernis fluoré pour protéger des caries les dents de vos enfants

3. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS D'OPTIQUE

3.1 Pour vos lunettes

Vous bénéficiez de deux types de prises en charge, l'une pour couvrir vos besoins médicaux : les verres, l'autre pour la monture où peut intervenir une part d'esthétique.

Pour les verres, la prise en charge varie selon que vous alliez ou non chez un opticien partenaire.

⇒ **Un principe : vous avez le choix de vous rendre chez un opticien partenaire ou chez un opticien non partenaire**

⇒ **Comment savoir si l'opticien que vous avez choisi est ou non partenaire ?**

Vous téléphonez au **0 810 75 76 77** Service 0,05 € / appel
+ prix appel

Vous aurez ainsi les dernières informations mises à jour car le partenariat évolue.

⇒ **Vous avez décidé d'acheter votre équipement chez un opticien partenaire**

Présentez à l'opticien votre attestation de tiers payant.

Il vous permettra de bénéficier :

- d'un accueil privilégié,
- d'un large choix de montures,
- de verres de qualité sélectionnés avec Groupama. Ils seront intégralement pris en charge (hors traitements) par votre contrat même s'il s'agit de verres progressifs
- de tarif avantageux sur les prestations et traitements non pris en charge par votre contrat, tel l'anti-reflet, le photochromique...

L'opticien vous fera systématiquement bénéficier du tiers payant.

Vous n'aurez donc à lui régler directement que les traitements particuliers que vous désirez ainsi que, pour la monture, l'éventuel dépassement de prix par rapport au forfait figurant dans vos Conditions Générales

⇒ **Chez un opticien non partenaire**, vous bénéficiez d'un forfait selon la complexité de vos verres (unifocaux / progressifs).

Faites établir un devis pour obtenir le meilleur prix. En réponse, nous vous indiquerons le montant détaillé de vos remboursements. Après avoir réglé votre opticien, adressez-nous la facture acquittée.

Des formulaires de devis sont à votre disposition sur votre site

3.2 Pour vos lentilles

Les lentilles correctrices, même non prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées dès lors qu'elles sont achetées dans un magasin d'optique.

Chez votre opticien partenaire, vous bénéficiez d'un forfait supplémentaire et du tiers payant. Pour cela, présentez votre attestation de tiers payant.

Chez votre opticien non partenaire, adressez-nous votre facture.

3.3. Pour la chirurgie des défauts visuels (comme la myopie)

Si vous devez être opéré, nous vous versons un forfait. Pour en bénéficier, adressez-nous la note d'honoraires remise par votre praticien.

4. VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS EN DENTAIRE

4.1 Vous avez accès à des chirurgiens dentistes partenaires

- **Le principe : vous avez le choix de consulter un chirurgien dentiste partenaire ou un chirurgien dentiste non partenaire**

⇒ *Comment savoir si le chirurgien dentiste que vous avez choisi est ou non partenaire ?*

- Vous téléphonez au **0 810 75 76 77**  Vous aurez ainsi les dernières informations mises à jour.

⇒ *Vous avez décidé de consulter un chirurgien dentiste non partenaire*

Demandez lui d'établir un devis avant qu'il ne débute les traitements lourds et onéreux tels une prothèse, un implant, tous les actes non remboursés par votre régime obligatoire (votre chirurgien dentiste les connaît).

Envoyez ce devis à votre centre de gestion et vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant total de vos remboursements et la somme qui, en définitive restera à votre charge. Des formulaires de devis sont à votre disposition dans cet espace.

⇒ *Vous avez décidé de consulter un chirurgien dentiste partenaire, que pouvez-vous en attendre ?*

- L'établissement systématique de devis pour les actes à honoraires libres (les prothèses) et les actes hors nomenclature (les implants par exemple) et ce, sans que vous ayez à lui en faire la demande. Ce devis est à envoyer à votre centre de gestion.

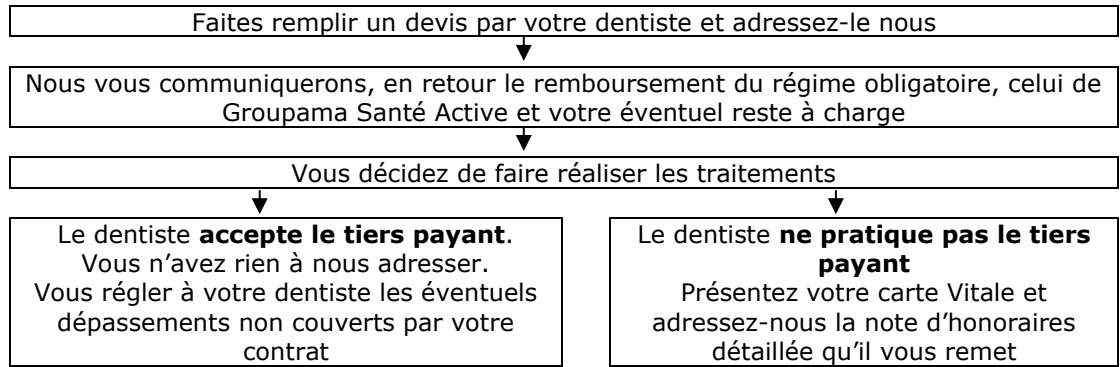
- Le respect des tarifs opposables, c'est-à-dire, ceux que la Sécurité sociale fixe pour les soins dentaires (traitement des caries, détartrage, extraction...).

- Le respect des tarifs qu'il nous a déclarés pratiquer pour les actes à honoraires libres ou non remboursables.

Le chirurgien dentiste partenaire n'est pas tenu de pratiquer le tiers payant, mais Groupama s'engage à vous rembourser dans un délai de 48 heures, après l'arrivée de votre dossier dans nos services.

Votre contrat vous permet également de bénéficier d'une prise en charge plus importante et d'une garantie de 10 ans si votre prothèse casse.

4.2 Pour vos prothèses dentaires



4.3 Pour vos soins et traitements dentaires

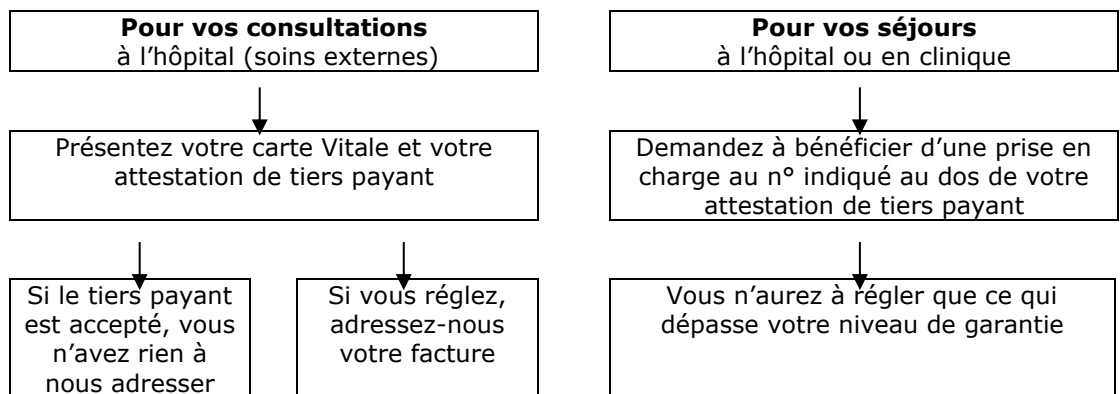
Pour les consultations chez votre dentiste, le détartrage, le traitement des caries, l'orthodontie, présentez votre carte Vitale et réglez la dépense. Votre régime obligatoire vous règlera sa part. Puis adressez-nous votre décompte et l'éventuelle note d'honoraires remise par votre praticien.

4.4 Pour les soins non pris en charge par le RSI

- implant dentaire
 - traitements parodontaux
 - orthodontie adulte
 - actes de prévention
- } adressez-nous la note d'honoraires

5. VOTRE PRISE EN CHARGE À L'HOPITAL

■ A l'hôpital ou en clinique



■ Le « PLUS » de votre contrat

- Le remboursement, dès le 1^{er} jour et sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier (sauf pour l'hospitalisation en psychiatrie limitée à 30 jours).

6. LES SERVICES

Pour être bien épaulé : votre contrat vous accompagne 7/7 et 24h/24

Parce qu'être malade, immobilisé, hospitalisé est déjà suffisamment difficile à vivre, vous avez accès à toute une gamme de services d'assistance pour vous permettre de garder l'esprit tranquille.

■ **Assistance santé**

- **L'assistance à domicile**, si vous êtes malade ou hospitalisé, votre contrat vous aide au quotidien : aide ménagère, garde des enfants, livraison de repas, de médicaments, soutien scolaire, aide puéricultrice à votre retour de maternité, télé-assistance, prise en charge des animaux...
- **L'assistance en déplacement :**
 - prend en charge votre rapatriement si vous êtes malade ou blessé en voyage ou si la santé d'un proche nécessite votre retour,
 - vous fait parvenir en cas d'urgence à l'étranger des fonds ou des médicaments,
 - prend en charge les frais de recherches en mer et en montagne.

■ **Services d'accompagnement**

- Après un problème de santé, vous bénéficiez d'un programme d'accompagnement médico-social pour faire analyser votre situation de façon détaillée, obtenir des informations sur vos droits, sur les démarches à accomplir et les dossiers à constituer. Vous pouvez même demander à vous faire assister pour la mise en place de la solution que vous aurez choisie.
- Pour vous soutenir si vous êtes traité par chimiothérapie ou radiothérapie, un psychologue est à votre écoute.
- Pour vous accompagner à votre retour de maternité, nous mettons à votre disposition les services d'une auxiliaire puéricultrice pendant 6 heures.

■ **Services d'informations santé**

- Des conseillers :
 - répondent en toute confidentialité à vos questions santé
 - recherchent pour vous une infirmière ou un kinésithérapeute
 - réservent pour vous une place dans un hôpital proche de chez vous.

Important

N'engagez aucune dépense d'assistance ou démarche sans avoir au préalable contacté votre service assistance.

7. FORMULAIRES DE DEVIS LUNETTES, LENTILLES ET BUCCO-DENTAIRES

Formulaires à faire compléter par votre praticien et à nous retourner

DEVIS LUNETTES

Ce devis, à faire compléter par votre opticien, peut vous permettre d'être **mieux informé** sur votre achat et de connaître exactement **le montant des dépenses qui restent à votre charge**. Ce devis est strictement confidentiel. Il vous appartient, et vous pouvez le transmettre à votre Conseiller Santé par courrier à **LA BANQUE POSTALE - Assurance des Auto-Entrepreneurs** - TSA 31028 - 62011 ARRAS Cedex.

Pour tout renseignement, contactez le **0 810 75 76 77** Service 0,05 € / appel + prix appel

1 - Bénéficiaire de l'équipement

N° contrat :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : Tél : N° INSEE :

Adresse : _____

> Assuré (si différent du Bénéficiaire)

Nom : _____ Prénom : _____

2 - Prescription

Nom et prénom de l'ophtalmologiste : _____

Ordonnance initiale - date : Interdiction de renouvellement : oui non

Renouvellement ordonnance de - 3 ans : à l'identique avec adaptation

Autre motif : _____

3 - Correction du bénéficiaire de l'équipement

■ Vision de loin :	Sphère	Cylindre	Axe		Sphère	Cylindre	Axe	
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
■ Vision de près :	Sphère	Cylindre	Axe		Sphère	Cylindre	Axe	
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
■ Multifocal :	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 - Descriptif de la demande

Monture	Verres	Traitements supplémentaires	
		O G	O D
■ Marque : <input type="text"/> ■ Montage : <input type="checkbox"/> Percée <input type="checkbox"/> Cerclée <input type="checkbox"/> Nylon <input type="checkbox"/> Autre : _____ ■ Matériau : <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal <input type="checkbox"/> Autre : _____	Nom du fabricant : _____ ■ Matériau : <input type="checkbox"/> Organique <input type="checkbox"/> Minéral <input type="checkbox"/> Polycarbonate ■ Type : <input type="checkbox"/> Unifocaux <input type="checkbox"/> Bifocaux <input type="checkbox"/> Progressifs ■ Modèle : _____ ■ Aminci : indice <input type="text"/> Diamètre : <input type="text"/> ■ Traitements intégrés : <input type="checkbox"/> SAR <input type="checkbox"/> Durci <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> SAR € € <input type="checkbox"/> Durci € € <input type="checkbox"/> Photochromique € € <input type="checkbox"/> Teinte € € <input type="checkbox"/> Précatal € € <input type="checkbox"/> Aminci (indice: _____) € € <input type="checkbox"/> Autres (préciser: _____) € €	
PRIX NET €	PRIX NET Oeil Gauche € Oeil Droit €	PRIX TOTAL DES TRAITEMENTS €	
BASE SS €	BASE SS €	BASE SS €	
Sous total (Verres + Traitements supplémentaires) : CEil G € CEil D €			
PRIX TOTAL (Monture + Verres + Traitements supplémentaires) : €			

5 - L'opticien

Cachet de l'opticien

Fait à _____ le Signature de l'opticien : _____

Ce devis est valable mois, soit jusqu'au : _____

Ce devis, à faire compléter par votre opticien, peut vous permettre d'être **mieux Informé** sur votre achat et de connaître exactement **le montant des dépenses qui restent à votre charge**. Ce devis est strictement confidentiel. Il vous appartient, et vous pouvez le transmettre à votre Conseiller Santé par courrier à **LA BANQUE POSTALE - Assurance des Auto-Entrepreneurs** - TSA 31028 - 62011 ARRAS Cedex.

Pour tout renseignement, contactez le **0 810 75 76 77** Service 0,05 € / appel * prix appel

1 - Bénéficiaire de l'équipement N° contrat :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : Tél : N° INSEE :

Adresse : _____

> Assuré (si différent du Bénéficiaire)

Nom : _____ Prénom : _____

2 - Prescription

Nom et prénom de l'ophtalmologiste : _____

Ordonnance initiale - date : Interdiction de renouvellement : oui non

Renouvellement ordonnance de - 3 ans : à l'identique avec adaptation

Autre motif : _____

3 - Correction du bénéficiaire de l'équipement

Vison de loin :	Sphère	Cylindre	Axe		Sphère	Cylindre	Axe	
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vison de près :	Sphère	Cylindre	Axe		Sphère	Cylindre	Axe	
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Multifocal :	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
<input type="checkbox"/> CEil gauche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CEil droit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 - Lentilles

Les lentilles sont-elles remboursées par la Sécurité sociale ? Oui Non

Nom du laboratoire : _____

Modèle des lentilles : CEil gauche : _____ CEil droit : _____

Catégorie de lentilles (à cocher) :

<input type="checkbox"/> Souple RF :	<input type="checkbox"/> Fréquence	<input type="text"/>	}	PRIX TOTAL	<input type="text"/>	€
	<input type="checkbox"/> Nombre de boîtes	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Nombre de lentilles par boîte	<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> Flexible / Rigide	.....			PRIX TOTAL	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Souple traditionnelle	.....			PRIX TOTAL	<input type="text"/>	€

5 - Produit d'entretien

Nom du produit : _____

PRIX TOTAL PRODUIT ▶ €

6 - L'opticien

Fait à _____ le Signature de l'opticien : _____

Ce devis est valable mois, soit jusqu'au : _____

Cachet de l'opticien

DEVIS



pour traitements et actes bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'une entente directe
ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées
par les arrêtés du 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par les arrêtés du 10.04.2002 et du 30.05.2006
Devis conforme à l'article 4.2.1 et à l'annexe III de la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes

Ce devis, à faire compléter par votre chirurgien-dentiste, peut vous permettre d'être mieux informé sur votre traitement et de connaître exactement le montant des dépenses qui restent à votre charge. Ce devis est strictement confidentiel. Il vous appartient, et vous pouvez le transmettre à votre Conseiller Santé par courrier à :

LA BANQUE POSTALE - Assurance des Auto-Entrepreneurs - TSA 31028 - 62011 ARRAS Cedex

Pour tout renseignement, contactez le **0 810 75 76 77** Service 0,05 € / appel + prix appel

Identification du Chirurgien-dentiste traitant (avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date d'établissement du devis :

Durée de validité du devis :

Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

Coordonnées de l'assuré/adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

Numéro INSEE :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse :

Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

Tél. :

Dispositions particulières : OUI NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement réalisé :

Matériaux et normes :

1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007
2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007
3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007
4	Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 22674 3/2007
5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000
6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
8	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Description précise et détaillée des actes :

Localisation ou N° dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériau utilisé	Cotation NGAP	Acte non remboursable par l'Assurance Maladie	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	Réservé à l'organisme complémentaire
TOTAL ↗							

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Signature du Chirurgien-dentiste :

Date et signature du patient ou du responsable légal :

Le contrat Assurance des Auto-Entrepreneurs LA BANQUE POSTALE est assuré et géré par Groupama Nord-Est – Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles du Nord-Est, 2 rue Léon Patoux - 51686 Reims Cedex 2 – RCS Reims 383 987 625. Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le sociétaire et le dentiste ont un droit d'accès et de rectification pour toute information nominative les concernant figurant sur tout fichier à usage de Groupama ou de ses prestataires. Ce droit peut être exercé auprès de GROUPAMA NORD EST.
Par ailleurs, vous autorisez expressément le traitement des données vous concernant (destinées à votre professionnel de santé ainsi qu'à Groupama) aux fins exclusives de mettre en œuvre la garantie de votre contrat.