Continue

Des démarcheurs téléphoniques peu scrupuleux parviennent à vendre des mutuelles à l’insu des personnes démarchées. Nos conseils. Au volant et donc concentré sur la route, William ne se méfie pas quand il reçoit sur son portable l’appel « d’une filiale de son assurance » qui lui propose une garantie en cas d’hospitalisation. « Avec le kit mains libres, j’entendais très mal, raconte-t-il. Pour en finir au plus vite, et croyant que je pourrais étudier leur proposition plus tard, j’ai communiqué ce qu’ils m’ont présenté comme un “code promotionnel” figurant dans un SMS envoyé durant la conversation. » De retour à la maison, c'est la surprise : il découvre une salve de textos estampillés Eca-Assurances lui confirmant son adhésion à un contrat dont il ne connaît ni la portée, ni le coût ! Des démarcheurs volubiles et menteurs Michel, lui, n’a pas tiqué lors de l’appel d’un soi-disant agent de la Sécurité sociale lui demandant le « code de sécurité » envoyé par SMS, afin qu’il puisse accéder à son dossier et vérifier ses informations personnelles. « Deux jours plus tard, j’ai reçu un contrat d’un courtier, Néoliane, que j’ai prétendument signé électroniquement pour un montant de 18,61 € par mois ! » De nombreux témoignages de ce type parviennent régulièrement à la rédaction de 60 Millions de consommateurs. Et tous décrivent les mêmes manières de procéder : des démarcheurs volubiles se présentent sous divers prétextes, parfois avec de fausses identités (certains ont même prétendu appeler au nom de 60 Millions !), et font l’article, de manière expéditive et lacunaire, de complémentaires santé ou de contrats de prévoyance (hospitalisation, garantie des accidents de la vie, dépendance…). À LIRE AUSSI >>> Quatre sociétés sanctionnées pour non-respect de Bloctel Vous n’en avez pas besoin ? Peu importe ! Ils usent de tous les stratagèmes pour obtenir vos données personnelles (nom, adresse, relevé d’identité bancaire…) puis, à la fin, pour vous arracher un accord d’adhésion à un contrat… à votre insu ! Vous voilà bénéficiaire d’un contrat non souhaité suite à un démarchage téléphonique ? Vous avez quatorze jours, à compter de la réception des documents contractuels, pour faire jouer votre droit de rétractation. Pour cela, envoyez une lettre recommandée avec avis de réception, à l’assureur et au courtier (rappelez-leur, au passage, que vous n’avez jamais consenti au contrat). Si votre demande de rétractation reste lettre morte, adressez un nouveau courrier de réclamation à l’assureur puis, en dernier ressort, saisissez le médiateur (de l’assurance ou de la mutualité, selon le contrat). Si le délai de rétractation n’est mentionné nulle part dans les documents reçus, celui-ci est prolongé de douze mois (article L. 221-20 du code de la consommation). Devant la « persistance des plaintes » reçues par ses services, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a contrôlé 92 entreprises l’an dernier, et en a épinglé 27. Elle confirme que « certains démarcheurs recourent à des allégations mensongères pour recueillir l’accord verbal du consommateur ou obtenir la signature électronique du contrat ». C’est une spécificité dans les assurances : un contrat peut être souscrit en quelques minutes par téléphone après la simple expression de votre consentement. Une solution très pratique quand il s’agit de protéger votre nouvelle voiture en passant un simple coup de fil à votre assureur, mais qui s’avère piégeuse dans le cadre d’un démarchage téléphonique abusif. À LIRE AUSSI >>> Mutuelles : comment bien souscrire ou résilier Un simple SMS vaut signature « Beaucoup de gens l’ignorent mais, pour être approuvé, un contrat ne doit pas être exclusivement signé de manière manuscrite, explique Olivier Gayraud, juriste à l’association de consommateurs CLCV. On peut se retrouver engagé après une signature électronique qui peut revêtir plusieurs formes : un code par SMS envoyé par le courtier et qu’il faut répéter à voix haute, une touche de téléphone sur laquelle appuyer ou, sur Internet, une succession de liens à cliquer. » Parmi ces méthodes, la signature par SMS a la faveur des courtiers en assurances dont les agissements posent problème. La plupart l’obtiennent par ruse. Mais « il semble aussi que, dans certains cas, le vendeur signe électroniquement le contrat pour le compte du client en lieu et place de ce dernier, contournant ainsi les dispositifs de signature électronique », constate l’Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), le gendarme du secteur, dans un document daté de juin dernier. Utilisation illégale de fichiers Une pratique que nous confirme Ghislaine, en situation de handicap et « pas au mieux de sa forme » quand elle se fait démarcher au prétexte que la Sécurité sociale aurait détecté une erreur dans son dossier. « Après un message préenregistré alarmiste, j’ai appuyé sur une touche du téléphone pour être mise en relation avec une personne. Quand j’ai compris qu’on me vendait une assurance, j’ai répété que je n’étais pas intéressée. » Pourtant, elle règle aujourd’hui deux contrats, prélevés sur son compte malgré son refus de communiquer ses données bancaires ! Où le courtier a-t-il bien pu se les procurer ? L’enquête menée par l’ACPR sur SGP, une filiale du courtier Filiassur, est éclairante sur ce point. La SGP utilisait en effet des fichiers clients provenant d’entreprises de téléachat ou de vente par correspondance contenant ces données sensibles. 1. Identifiez votre interlocuteur Un démarcheur sérieux doit se présenter sans ambiguïté : il doit citer le nom de son assurance d’attache ou, si c’est un courtier, décliner son numéro d’enregistrement à l’Orias, le registre des intermédiaires en assurance. Si le démarcheur appelle « de la part » de votre assurance, mutuelle, banque… méfiance. Posez-lui des questions pour comprendre à qui vous avez affaire. S’il se revendique d’organismes publics (comme la Sécurité sociale, votre caisse de retraite…), mettez un terme à la conversation, car jamais ils ne procèdent de la sorte. 2. Ne décidez pas tout de suite Ne cédez jamais à la pression des démarcheurs. Ils jouent souvent avec vos émotions (peur, promesse de promotion ou de cadeau…) pour obtenir rapidement vos informations personnelles. Dans tous les cas, ne communiquez jamais vos données bancaires, ne cédez pas à la demande de répétition d’une phrase ou à la communication d’un code reçu par SMS qui valent pour signature du contrat. Insistez plutôt pour recevoir une documentation afin de l’étudier à tête reposée. 3. Prévenez les autorités Si vous êtes la cible d’un démarcheur mal intentionné, vous pouvez signaler ses pratiques commerciales trompeuses : pour cela, écrivez à votre direction départementale en charge de la protection des populations (DDPP ou DDCSPP) et à l’ACPR. Contrats vendus en 4’44” Ces professionnels n’ont décidément pas froid aux yeux. Ils négligent aussi le devoir d’information et de conseil auquel ils sont pourtant soumis. Après son enquête en février 2018, l’ACPR a infligé à SGP un blâme et une sanction de 150 000 € pour l’insuffisance et l’inexactitude des informations et conseils dispensés. En témoigne le temps moyen record qu’il fallait à ses « conseillers » pour vendre un contrat : 4 minutes et 44 secondes ! À LIRE AUSSI >>> Spams, démarchage téléphonique, prospectus : dites stop à la pub ! Derrière ces appels, les noms de certaines entreprises reviennent souvent dans les témoignages que nous recevons : Eca-Assurances, SPVIE, et surtout Néoliane. Leur point commun : ce sont des courtiers grossistes qui conçoivent des contrats avec des assureurs et s’appuient sur des courtiers indépendants pour les commercialiser. Ce qui interroge sur la surveillance des seconds par les premiers. « Le risque zéro n’existe pas », reconnaît Clément Janicot, directeur marketing du groupe Santiane, la maison mère de Néoliane. Mais il assure utiliser des outils s’appuyant notamment sur le taux de rétractation ou d’annulation des contrats pour détecter les professionnels qui franchissent la ligne rouge et, dans les cas les plus graves, mettre un terme à leur contrat. Remboursement sur demande Conscientes du problème de réputation causé par les pratiques des courtiers indélicats, les entreprises remboursent rubis sur l’ongle les clients malmenés. À condition qu’ils se manifestent ! Dans le cas d’une signature par SMS avec certains courtiers, Néoliane et SPVIE allongent le délai de rétractation à un mois. La sanction de l’ACPR contre SGP-Filiassur n’est pas pour rien dans le durcissement des contrôles des courtiers par les grossistes. Tout comme l’entrée en vigueur, quelques mois après, de la directive sur la distribution d’assurances qui a amélioré l’information et renforce la protection des consommateurs. Les contrôles se poursuivent Mais malgré ces tours de vis, les mauvaises pratiques perdurent. « Nos contrôles se poursuivent et se poursuivront, sans nous priver de notre pouvoir de remonter jusqu’aux assureurs », prévient Nathalie Beaudemoulin, directrice du contrôle des pratiques commerciales de l’ACPR. Reste que les téléphones n’ont pas fini de sonner chez les particuliers. Le Parlement est, certes, en train de discuter d’une proposition de loi visant à encadrer plus strictement le démarchage téléphonique. « Les associations de consommateurs plaidaient pour que, par défaut, il devienne impossible de démarcher un consommateur qui n’a pas donné son accord », explique Olivier Gayraud de la CLCV. Malheureusement, tel ne sera pas le cas, le texte actuel ayant déjà été largement édulcoré… Élodie Toustou Des informations personnelles de 33 millions de Français sont dans la nature après une cyberattaque visant des acteurs du tiers payant. Vigilance ! Votre identité et votre numéro de Sécurité sociale sont peut-être entre de très mauvaises mains. En moins d’une semaine, Viamedis et Almerys, deux entreprises inconnues du grand public, mais stratégiques dans le secteur des remboursements des dépenses de santé, ont officiellement annoncé avoir été victimes d’une cyberattaque. Ces prestataires sont des spécialistes de la gestion du tiers payant entre professionnels de santé et assurances et mutuelles, ce système qui dispense les patients de faire l’avance des frais à leur médecin, leur dentiste, leur opticien, leur pharmacien… Des centaines d’assureurs, mutuelles et courtiers (voir tableau ci-dessous) font appel à leurs services. À LIRE AUSSI >>> Vol de données des mutuelles : porter plainte, à quoi ça sert ? Les attaquants ont ainsi mis la main sur les données personnelles de plus de 33 millions de Français, a annoncé la Commission nationale de l’informatique et des libertés (Cnil), qui va « mener très rapidement des investigations ». Leur technique ? Ils ont pénétré les bases des deux gestionnaires en utilisant les identifiants de connexion de professionnels de santé piégés par un hameçonnage. Plus d’une centaine de mutuelles et d’assureurs pourraient être touchés Quelles sont les données qui ont été récupérées ? Il s’agit du nom, des prénoms, de la date de naissance et du numéro de Sécurité sociale des assurés. Ainsi que le nom de l’assureur, le numéro des contrats et les garanties associées. En revanche, Viamedis a assuré à l’AFP que « ni information bancaire, ni coordonnée postale, ni numéro de téléphone, ni e-mail ne sont concernés par cet acte malveillant ». Il en est de même pour les détails des remboursements des frais de santé ou les données médicales des patients. Des informations confirmées par la Cnil. À LIRE AUSSI >>> Mutuelle santé : 10 conseils pour bien choisir votre contrat Si des assurés nous ont signalé avoir reçu un mail de la part de leur assurance complémentaire ou de leur mutuelle les informant de ce piratage de données, tous n’y ont pas forcément prêté attention. Tout comme aux messages s’affichant dans leur espace client, s’ils ne s’y sont pas connectés récemment. La Cnil va toutefois veiller à ce que les bénéficiaires concernés soient bien informés individuellement « comme le prévoit le règlement général sur la protection des données (RGPD) ». Le tableau ci-dessous liste tous les organismes touchés (plus d’une centaine), vous pouvez y faire une recherche par nom.   Ce vol massif de données doit-il inquiéter ? Évidemment oui, même si les cyberattaquants ne disposent pas des adresses mail, du téléphone, de l’adresse postale ou du RIB des particuliers. Les fuites et les vols de données étant monnaie courante, rien n’est plus facile pour les personnes malintentionnées que de croiser plusieurs bases piratées et de consolider les résultats. Ce qui permettrait, par exemple, de reconstituer les données quasi complètes d’un particulier si son adresse mail contient son nom de famille. À LIRE AUSSI >>> « La caisse de retraite a fait une erreur dans ma pension, mais ne la corrige pas » Le fait que les cyberattaquants aient en leur possession le numéro de Sécurité sociale des assurés n’est pas très rassurant non plus. Ce numéro pouvant notamment être utilisé pour accéder à une multitude de services en ligne via le service France Connect : impôts, retraite, allocations, chômage, renouvellement des papiers d’identité, immatriculation d’un véhicule… Vigilance dans les semaines et les mois à venir ! Comment réagir si vous êtes concerné(e) ? En changeant le mot de passe associé à votre compte d’Assurance maladie (qui peut servir de sésame via France Connect) sur Ameli.fr, même si toute connexion est sécurisée par l’envoi d’un code par email. Et surtout en restant vigilant durant les semaines et les mois à venir. Car vous pourriez être la cible de tentatives d’hameçonnage par mail ou SMS : une carte Vitale à renouveler, un colis qu’il faut confirmer, une amende routière à payer, un remboursement de la CAF à valider, ou un passe Navigo à réactiver… Les escrocs en ligne ne manquent pas d’idées pour parvenir à leurs fins : récupérer les codes de cartes bancaires. Ils peuvent même décrocher le jackpot dans un second temps, en se faisant passer pour votre conseiller bancaire. Sur les six premiers mois de l’année, 204 millions d’euros ont été dérobés grâce à cette technique (40 % du total des fraudes aux moyens de paiement) selon la Banque de France. À LIRE AUSSI >>> Pourquoi ma banque refuse de rembourser après une fraude ? Retraité, indépendant, chômeur… Vous souhaitez vous affilier à une complémentaire santé. Mais laquelle choisir ? Nos conseils pour vous repérer. Parmi tous les enseignements du covid figure la chute d’un mythe : celui de pouvoir être soigné gratuitement à l’hôpital public. À l’Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le reste à charge, pour les malades du covid sans complémentaire santé, était de 1 200 € en moyenne. En effet, l’Assurance maladie prend en charge 80 % des frais d’hospitalisation et c’est énorme. Mais il reste à financer les 20 % restants, et le forfait hospitalier (frais de séjour). Dans le cas du covid-19, la somme à payer était si élevée que certains établissements ont décidé de ne pas la facturer au patient. À situation exceptionnelle, solution exceptionnelle… Mais cela met l’accent sur l’importance, pour les personnes ne bénéficiant pas d’un contrat collectif obligatoire (salariés), de souscrire une couverture individuelle. Seuls 5 % des Français ne bénéficieraient pas d’une complémentaire santé, mais ce taux aurait atteint 12 % chez les seniors en 2020. Certains, parce qu’ils ont peu de moyens, et ignorent qu’il existe une complémentaire santé solidaire (CSS) destinée aux plus démunis. D’autres, par (mauvais) choix. C’est le cas de certaines personnes en affection de longue durée (ALD) qui croient, à tort, être couvertes à 100 % pour tous leurs frais de santé. Or le 100 % se limite aux soins en lien avec leur affection, hors dépassements d’honoraires. Qui que vous soyez, une complémentaire s’impose ! Reste à bien la choisir… 1. Trouvez un organisme qui vous corresponde Pour couvrir ses frais de santé, il est fréquent de parler de mutuelle. Le fait est que les deux tiers des contrats individuels sont souscrits auprès de mutuelles. Mais ils sont aussi proposés par des assureurs ou des institutions de prévoyance. En fait, la nature de l’organisme importe peu : ce qui compte, c’est le contrat. Dans 95 % des cas, les contrats sont « responsables » : encadrés par les pouvoirs publics, ils permettent l’accès au 100 % Santé, au tiers payant et assure des prises en charge minimum, mais il en plafonne d’autres pour favoriser le respect du parcours de soins. Au sein de cette famille, tous ne se valent pas : les niveaux et les types de garanties varient pour s’adapter à différents profils de risque. Historiquement, certains organismes se sont spécialisés pour couvrir les risques des salariés et des retraités, liés à une branche professionnelle (BTP, SNCF, etc.) ou une administration. Reste à voir si les cotisations sont encore intéressantes : un portefeuille d’assurés vieillissant peut les contraindre à appliquer des cotisations plus élevées. Il existe aussi des contrats spécifiques pour les travailleurs non-salariés, hors secteur agricole, affiliés au régime social des indépendants (ex. : commerçants, artisans, professions libérales, dirigeants non-salariés, conjoints collaborateurs non rémunérés). Il s’agit de contrats responsables dont les cotisations peuvent être déduites de l’impôt sur le revenu grâce à la loi Madelin de 1994 –, la déduction est toutefois plafonnée. Attention, ce dispositif ne concerne pas les autoentrepreneurs. À LIRE AUSSI >>> Soins dentaires : choisir sa mutuelle en évitant les pièges 2. Intéressez-vous aux offres locales Les tarifs des médecins comme la fréquence des problèmes de santé diffèrent selon les régions. Les cotisations en tiennent compte et les garanties aussi : historiquement, les mutuelles se sont développées pour répondre aux besoins locaux. Ne négligez pas les petits organismes régionaux ! Mais si vous changez de région, veillez à ce que l’organisme propose un accès à un réseau de soins présent dans différentes régions, ou des téléconsultations. Par ailleurs, plus de 2 000 communes adhèrent au dispositif « Ma Commune, Ma Santé » qui permet aux chômeurs, seniors, indépendants, etc., de souscrire un contrat équivalent à celui d’un contrat de groupe. Vérifiez si votre commune y participe sur associationactiom.org. 3. Identifiez vos besoins actuels Une fois sélectionné l’organisme, il reste à choisir le niveau de couverture le plus adapté à votre besoin en soins. Il va dépendre, par exemple, des tarifs pratiqués par les professionnels de santé qui vous suivent. Effectuent-ils des dépassements d’honoraires ? Maîtrisés (on parle de médecins « Optam* ») ou libres ? Vous pouvez le vérifier sur l’annuaire de l’Assurance maladie. Les professionnels ayant adhéré à l’Optam sont rares dans certaines zones. Le point est d’importance : les honoraires libres (le « hors Optam ») sont mal couverts par les contrats responsables, même de milieu de gamme. Suivant le nombre de consultations et le montant du dépassement, le reste à charge peut justifier (ou non !) la souscription d’un contrat responsable plus haut de gamme ou non responsable, également plus coûteux. Il faut aussi tenir compte des soins mal pris en charge par l’Assurance maladie (médecines douces, cures thermales…) qui ne sont bien couverts que par des contrats coûteux. Si vous avez des enfants, certains contrats familiaux les couvrent, quel que soit le nombre, quand d’autres n’enclenchent une gratuité qu’à partir du 2e, 3e enfant… Prenez en compte leurs besoins : les soins d’orthodontie, de psychomotricité… sont coûteux et mal pris en charge avec les contrats d’entrée de gamme. Des contrats couples existent aussi, mais ils ne sont intéressants que si votre profil et votre âge (donc vos besoins) sont proches. Il est parfois plus intéressant de faire cavalier seul. Avec un(e) conjoint(e) couvert(e) par une complémentaire d’entreprise, c’est un peu pareil. Vous pouvez parfois être ajouté à son contrat à moindre coût, mais les garanties ne correspondent pas forcément à vos besoins. À LIRE AUSSI >>> Prothèses dentaires : pourquoi sont-elles si chères ? 4. Attention si vous devez être appareillé Le dispositif 100 % Santé (ou « reste à charge zéro ») est désormais en place : il permet de bénéficier de lunettes, d’audioprothèses et de prothèses dentaires sans rien débourser… à condition d’avoir souscrit un contrat solidaire et responsable. Revers de la médaille : ce type de contrat implique un plafonnement de certains remboursements hors 100 % Santé : 100 € pour une monture, 1 700 € pour une paire d’aides auditives. Et ce, quel que soit le niveau de votre contrat. Reste à savoir si vos besoins sont couverts ou non par le 100 % Santé. En optique, le degré d’affinage du verre est limité dans le 100 % Santé. Là aussi, il faut calculer si un meilleur remboursement hors 100 % Santé, ou sur des lentilles de contact par exemple, justifie le surcoût d’un contrat plus couvrant. À LIRE AUSSI >>> Lunettes 100 % remboursées, comment ça fonctionne ? 5. Tenez compte des besoins futurs L’imprévu peut coûter cher et des garanties minimales sont nécessaires. Inutile de trop couvrir l’aléatoire, cela reviendrait cher, mais mieux vaut anticiper les besoins les plus prévisibles (maternité, hospitalisation chez une personne âgée…). Attention à la stratégie consistant à changer de contrat pour faire face à un nouveau besoin : certes, vous pouvez désormais résilier votre contrat (ou changer d’option) à n’importe quel moment, mais seulement après la première année de cotisations. De plus, les contrats présentent souvent des délais de carence. Les premiers mois, les dépenses prévisibles (certains soins dentaires, optiques ou nécessitant une hospitalisation) sont plafonnées, voire non prises en charge. Enfin, certains contrats appliquent des limites d’âge à la souscription : un moyen de réserver leurs garanties avantageuses à ceux qui ont participé au pot avant. 6. Prenez la peine de lire les clauses particulières Les complémentaires doivent détailler 19 lignes de leurs contrats pour permettre de les comparer, mais il en faudrait 50 pour choisir en fonction de ses besoins. Analysez l’offre de télémédecine, les réseaux partenaires, les soutiens divers (aide aux obsèques, aide-ménagère…). Et lisez bien les clauses particulières, exclusions et restrictions. Certaines sont spécifiques, d’autres sont communes à tout contrat. Ainsi, les franchises médicales, la participation forfaitaire et la majoration du ticket modérateur pour non-respect du parcours de soins ne sont jamais prise en charge par les complémentaires. 7. Tirez profit de l’expérience des autres Un tour sur les forums en ligne permet de compléter les avis récoltés dans votre entourage. Les cotisations et les garanties sont importantes, mais il faut aussi dénicher l’organisme dont le service est de qualité : remboursements, règlement des litiges… Le taux de résiliation des contrats ou le taux de réponse aux réclamations ne sont pas encore des indicateurs de satisfaction mis à la disposition des consommateurs. À LIRE AUSSI >>> Centres dentaires, pourquoi certains dérapent 8. Exploitez les comparateurs en ligne avec recul Sur le Web, les comparateurs peuvent vous éclairer, car tout cela reste complexe. Même si les organismes de complémentaires se sont engagés à améliorer la lisibilité des contrats, ils expriment rarement leurs garanties à l’identique. Certains incluent le remboursement de l’Assurance maladie, d’autres non ; certains expriment les garanties en pourcentage de la base de remboursement, d’autres en euros. Mais attention, chaque comparateur ne compare qu’un nombre limité de contrats – ceux qui lui ont été soumis par ses partenaires, pas toujours identifiables par l’internaute. Les contrats restreints à une profession en sont exclus. Et pour que soient incluses des offres régionales, mieux vaut aller vers des comparateurs spécialisés comme, pour la région lyonnaise, mutuelle-lyon.fr. Ensuite, certains comparent les contrats sur 19 lignes, d’autres sur 50, sans que cela soit spécifié à l’internaute. Bref, ils sont conçus plus comme une aide à la vente qu’une aide à l’achat. D’ailleurs, après l’utilisation d’un comparateur, attendez-vous à un harcèlement téléphonique ou par mail des différents organismes pour vous convaincre de signer chez eux. 9. Faites appel à un agent ou un courtier de confiance Compte tenu des différences de cotisations et de garanties d’un contrat à l’autre, un agent (au sein d’un même organisme) ou un courtier (qui travaille avec plusieurs organismes) pourra vous faire réaliser de réelles économies… À condition, pour un courtier, qu’il vous vende le contrat qui vous convient à vous et non à lui, par intérêt financier ! Certains touchent, en effet, une commission variable suivant le volume de contrats apportés. Vous êtes en droit de lui demander quels sont ses partenaires, mais aussi son mode de rémunération et ses éventuels conflits d’intérêts. 10. Si vous pensez que rien de tout ça ne peut vous aider… C’est sans doute que vous pensez ne pas avoir assez d’argent pour vous payer une complémentaire santé. Vous êtes peut-être éligible à la complémentaire santé solidaire (CSS), ex-ACS ou CMU-c. Pour le savoir, vous pouvez utiliser le simulateur de droits de l’Assurance maladie. Sinon d’autres aides existent, comme les « versements santé » de l’entreprise pour les CDD de moins de 3 mois et temps très partiels, ou dans certaines régions des « Pass mutuelle » pour les étudiants. Vous pouvez aussi solliciter une aide auprès de votre mairie, du centre communal d’action sociale ou de votre caisse de retraite. Rapporter ce messageRépondre en citant par LaetitiaAnd » 19 Novembre 2021, 13:17 Bonjour à tous,Je souhaiterais mettre en garde les personnes à la recherche d'une mutuelle.J'ai souscrit courant Octobre une mutuelle familiale chez APRIL santé.Une semaine plus tard, grâce à un courtier, on trouve une mutuelle au même prix qui nous couvre beaucoup mieux.On souscrit donc cette nouvelle mutuelle.Je me connecte à mon espace APRIL pour faire ma demande de renonciation. Je colle donc ici le texte légal pour la renonciation avec toutes mes références. J'attends quelques jours, je me connecte à mon espace et je vois que ma demande est en cours de traitement.Une semaine plus tard, inquiète de ne pas avoir de nouvelles je contacte le service client par téléphone qui me dit ne pas avoir de trace de cette demande de renonciation et que de toute façon maintenant il est trop tard.Je lui dis donc que je ne comprends pas pourquoi elle n'a pas de traces alors que moi je vois ma demande sur mon compte ! Je me connecte donc en direct sur mon espace APRIL et là surprise !! Plus aucune trace de ma demande ??!!C'est quoi le délire APRIL? On force les gens a rester en supprimant les demandes de renonciation??Le service client me demande donc de faire un mail au service de reclamation pour expliquer mon cas. Je m'execute et je reçois un mail qui me dit que ma demande sera traitée d'ici.... 2 mois !! Non mais la blague !!Dans l'attente, je suis sympa, je demande au service client une résiliation pour fin décembre je veux bien payer 2 mois por rien pour qu'ils me foutent la paix mais non impossible je formule ma demande le 3 et il fallait la formuler avant le 1 ?! Non mais je ne pouvais pas demander à résilier alors que j'avais déjà fait une demande de renonciation.Aujourd'hui je rappelle et on me dit que y a des problèmes informatiques et qu'ils ne peuvent pas traiter les mails qu'il faut rappeler la semaine prochaine. On se moque de qui chez cet assureur ??APRIL je n'ai pas fini de vous faire une mauvaise pub ! LaetitiaAnd   Message(s) : 3Inscription : 25 Juillet 2016, 11:42 Rapporter ce messageRépondre en citant par Hannah72 » 19 Novembre 2021, 14:05 Bonjour,Lors de votre demande de rétraction pour ce contrat de mutuelle, avait vous fait une capture d'écran de votre interface utilisateur ?Avez-vous reçu un accusé de réception de cette demande de rétractation par mail ? (regardez aussi dans les spams, on ne sait jamais). Hannah72   Message(s) : 258Inscription : 21 Octobre 2020, 10:24 Rapporter ce messageRépondre en citant par LaetitiaAnd » 01 Décembre 2021, 11:14 Bonjour,Je vous ai tout envoyé par mail le 23/11 à 9h52 et je suis toujours sans nouvelle de votre part. Merci de me recontacter rapidement si vous avez réellement l'intention de m'aider LaetitiaAnd   Message(s) : 3Inscription : 25 Juillet 2016, 11:42 Retour vers Assurances - Mutuelles Qui est en ligne ? Utilisateur(s) parcourant ce forum : Aucun utilisateur inscrit et 30 invité(s) Rapporter ce messageRépondre en citant par olive66 » 13 Septembre 2012, 19:39 bonsoir, j'ai été démarché début juin pour une mutuelle,leur prix étant attractif,j'ai fais une signature électronique pour un contrat qui débute en janvier 2013 et ma question est: est ce que une signature électronique vaut une signature manuel ? car après coup,j'ai appelé ma mutuelle qui me propose une meilleur offre et je ne veux pas de celle proposé par cette agence. est ce que je suis obligé d'y adhéré avec cette signature électronique? merci d'avance olive66   Rapporter ce messageRépondre en citant par Invité » 13 Janvier 2013, 19:13 J'ai le même problème avec la mutuelle APRIL. Heureusement, un courtier sérieux m'a expliqué qu'ils étaient en tort et qu'il était très facile de prouver que c'est eux qui ont signé à ma place car il m'ont demandé le code à 5 chiffres qu'ils m'avaient envoyé par SMS Invité   Rapporter ce messageRépondre en citant par Invité » 11 Février 2013, 15:10 J'ai des problèmes avec santiane courtier en assurances pour april. Je ne décolère pas et suis révoltée par ces méthodes. Comme la loi Chatel n'a pas marché pour rompre mon contrat de mon assurance actuelle, ils veulent que je reporte mon contrat en 2014. Si je ne veux pas reporter ce contrat dans un an je suis dans l'obligation de payer pour 2013 à April. Ils me baladent, je ne sais plus quoi faire à part de payer les deux mutuelles!!!!! Invité   Rapporter ce messageRépondre en citant par Invité » 21 Mars 2013, 17:32 Oui une signature électronique est aussi valable qu'une signature manuscrite .Vous avez 14 jours de délai de retractation àprès la signature par internet ou tel !! Si vous dépassez ce délai c'est trop tard .Leur service contentieux va ovus appeler pour vous proposer un report de contrat .De toute façon vous n'avez pas le choix à moins de porter plainte et de prouver qu'on ne vous avez pas dit les conséquences et qu'on ne vous a pas expliqué les modes de résiliation et tout le reste !! Les conversations sont enregistrées donc si on ne vous a pas répondu de manière claire vous pourrez annuler ou porter plainte sinon vous devez faire un report et annuler en temps et en heure votre mutuelle !! Je comprends que cela vous choque mais c'est la loi .A vous de faire attention et de ne pas signer électroniquement avant la résiliation assurée de votre mutuelle par courrier .Résilier d'abord et aprés signer un autre contrat c'est le plus sur ... Invité   Rapporter ce messageRépondre en citant par julia04 » 23 Mars 2017, 12:54 Je me suis posé la même question concernant la signature electronique car j'ai souscris moi aussi à une offre spécial étudiant et je regrette, qui a une réponse claire sur la signature electronique? julia04   Rapporter ce messageRépondre en citant par Invité » 04 Décembre 2017, 13:20 j'ai été démarché par Neoliane 25 € par mois - demande envoi courrier pour lecture et je n'avais pas conscience qu'en signature elecronique, en répétant 2 fois le code transmis en SMS, je validais le contrat - j'ai été négligeant - plus qu'à résilier à réception courrier sous 14 jours - malin de leur part, il faut un n° adhérent transmis que par courrier - pas sûr de l'avoir d'ici 14 jours ? j'envoie tout de même le courrier avant date fatidique sinon j'en ai pour 1 an...! j'appelle cela de la vente forcée Invité   Retour vers Vie quotidienne Qui est en ligne ? Utilisateur(s) parcourant ce forum : Aucun utilisateur inscrit et 36 invité(s) Audition, soins dentaires, hospitalisation… Avec l’âge, et la retraite, une complémentaire santé s’impose. Nos conseils pour trouver la meilleure. La retraite approche à grands pas. C’est le moment de penser à votre pot de départ… mais aussi à votre complémentaire santé ! En la matière, chaque cas est unique et, selon vos antécédents, vos priorités de santé ne seront pas les mêmes… L’offre est pléthorique, avec environ 400 mutuelles, chacune proposant une grande variété de contrats. Voici quelques conseils et informations pour vous aiguiller. Optez pour la portabilité les trois premières années Si vous étiez couvert par un contrat collectif obligatoire au sein de votre entreprise, vous pouvez continuer à bénéficier des mêmes garanties à la retraite. La loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit que l’organisme de prévoyance, la mutuelle ou l’assurance de votre entreprise propose à l’ancien salarié un contrat individuel assurant le même niveau de garanties et la même couverture, sans limite de temps. À compter de votre départ à la retraite, vous avez six mois pour accepter ce nouveau contrat dont les cotisations sont plafonnées par un décret publié le 21 mars 2017. La première année, leur montant reste inchangé. L’augmentation est ensuite limitée à 20 % la deuxième année, puis à 50 % la troisième. Au-delà, elle n’est plus soumise à plafonnement. Attention : dans tous les cas, la portabilité et le plafonnement ne concernent pas votre conjoint qui a pu en bénéficier lorsque vous étiez en activité. À LIRE AUSSI >>> Assurances, mutuelles : la hausse des tarifs va faire mal N’oubliez pas la part employeur dans vos calculs À ajouter à votre cotisation, la part employeur sera à votre charge dès le premier mois de retraite. Prenons un contrat collectif à 80 € par mois. Votre employeur prenait en charge au moins la moitié, soit 40 €, et les 40 € restants étaient prélevés sur votre paie. À la retraite, vous paierez 80 €. Ces cotisations mensuelles peuvent ensuite augmenter dans les limites des règles de plafonnement, c’est-à-dire 96 € au maximum après la première année, puis 120 € après la deuxième année. Si les garanties prévues dans ce contrat correspondent à vos besoins du moment, il peut donc être avantageux d’en profiter – au moins les trois premières années. D’autant que, selon le rapport 2024 de la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees), les bénéficiaires de contrats collectifs disposent d’un niveau de couverture global plus élevé en moyenne que les bénéficiaires de contrats individuels. Basculez ensuite sur un contrat individuel En pratique, les contrats collectifs ne sont pas plébiscités par les retraités, couverts à 93 % par des contrats individuels. La raison ? Ces contrats permettent de choisir des garanties sur mesure, adaptées à vos besoins. Avec l’âge, certains frais pris en charge par un contrat collectif prévu pour des personnes actives ne sont plus forcément pertinents, par exemple les remboursements de prestations relatives à la grossesse ou la pédiatrie. Les complémentaires santé dites « seniors » mettent l’accent sur la prise en charge de frais spécifiques, comme les soins dentaires, l’optique, l’audition ou les frais d’hospitalisation. Certaines incluent même l’ostéopathie ou les cures thermales. Il est donc important de lister vos priorités en amont. Comparez les tarifs Impossible d’avoir un aperçu de tous les contrats individuels des 400 complémentaires et du montant des cotisations associées (vous pouvez utiliser l’outil du ministère de la santé pour avoir une idée). La Drees a évalué l’évolution des cotisations en fonction de l’âge. En 2021, pour un assuré sans ayant droit avec des revenus modestes (hors contrat collectif), la cotisation mensuelle moyenne est de 33 € à 20 ans, 59 € à 40 ans, 104 € à 65 ans et 146 € à 85 ans. À cela s’ajoute une hausse moyenne de 8,1 % du montant des cotisations en 2024, en lien avec l’évolution des dépenses en santé. Pour dégoter l’offre la plus avantageuse, une seule solution : demandez des devis à différentes complémentaires, sortez la calculette et comparez les niveaux de garanties, afin d’évaluer celles qui remboursent le mieux, au meilleur prix, dans les postes de soins prioritaires pour vous. Méfiez-vous des comparateurs Des comparateurs en ligne qui promettent les « meilleurs tarifs garantis », ne garantissent pas grand-chose. Gardez à l’esprit que ces sites ont des intérêts commerciaux avec un nombre limité – souvent quelques dizaines – de complémentaires partenaires : mutuelle, assurance ou prévoyance. Un comparateur comme Le Lynx – le premier à ressortir en lien sponsorisé sur Google – propose une comparaison de plus de 300 devis émanant de 17 mutuelles partenaires. Loin des 400 mutuelles du marché ! Vous aurez nécessairement un aperçu partiel. Par ailleurs, comme pour tout comparateur en ligne, vous devez renseigner vos coordonnées pour avoir accès à un comparatif et, si vous le souhaitez, obtenir un devis plus détaillé. À LIRE AUSSI >>> Mutuelles : êtes-vous victime du méga-piratage de données ? Vérifiez les délais de carence Si vous avez déjà une mutuelle mais souhaitez en changer, la loi du 14 juillet 2019 vous autorise à résilier à tout moment votre contrat sans frais ni pénalités après un an de souscription. Pour éviter les mauvaises surprises, il est essentiel de vérifier les délais de carence de votre nouvelle mutuelle. Ils correspondent à la période entre la signature du contrat et le moment où vous pouvez bénéficier des garanties. Cette période d’attente peut varier entre un mois et un an. Elle permet aux assureurs de se prémunir contre une souscription de dernière minute, souvent motivée par des besoins de santé urgents. Il est donc important d’anticiper ces délais. Attention aux clauses d’âge limite Selon le principe de la liberté contractuelle, les organismes de complémentaires santé sont libres de fixer un âge maximum – souvent 75 ans – pour bénéficier de leurs garanties. Cela peut mener à la résiliation du contrat pour un senior ayant atteint cet âge. Certains préfèrent réduire les garanties ou augmenter les cotisations à mesure que l’assuré vieillit. Ils doivent bien évidemment prévenir l’assuré de ces changements. Il est également courant que des mutuelles imposent un âge maximum de souscription. Même si vous êtes jeune retraité, pensez à vérifier ces clauses. Privilégiez les contrats responsables et solidaires 95 % des contrats sont dits « solidaires et responsables ». En échange d’avantages fiscaux, ces complémentaires s’engagent à couvrir les prestations incluses dans le panier 100 % santé mis en place depuis 2019 avec une sélection d’équipements et de prestations, exclusivement dans les soins dentaires, les aides auditives et l’optique. Quant au caractère solidaire, il interdit à l’assureur de demander des informations sur l’état de santé de ses assurés et d’indexer le montant des cotisations sur leur état de santé. À LIRE AUSSI >>> Prothèses dentaires 100 % remboursées, comment ça marche ? Selon vos revenus, demandez la complémentaire santé solidaire Selon le rapport de la Drees, 4 % de la population n’est pas couverte par une complémentaire. Chez les retraités aux revenus les plus modestes, cette proportion monte à 11 %. Si vous avez des revenus insuffisants pour assumer le coût d’une complémentaire, vérifiez si vous êtes éligible à la complémentaire santé solidaire. Depuis 2019, elle remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l’aide à la complémentaire santé (ACS). Elle est attribuée en fonction des ressources du foyer. Gratuite pour les revenus les plus modestes ou proposée en contrepartie d’une contribution financière abordable, elle offre l’exonération de la participation forfaitaire (2 € pour une consultation médicale) et autres franchises médicales. Elle intègre aussi le tiers payant intégral, évitant ainsi l’avance de frais de santé. Rapporter ce messageRépondre en citant par apanasana » 13 Octobre 2022, 18:59 Ne choisissez pas APRIL. J'ai souscrit l'assurance April pour ma chienne en 2019. Très bien accueillie, ma chienne avait 4 ans, était en forme mais je voulais avoir une assurance avant ses 5 ans. Pas de chance, elle a développé la maladie de cushing quelque temps après, une maladie de vieux chien ordinairement , lourde en termes de traitements. Aujourd'hui, je reçois une lettre recommandée résiliant mon assurance, dont je vous livre quelques points ; "afin de garantir la pérennité de nos contrats, nous devons veiller à leur équilibre, qui résulte du rapport entre le montant des prestations versées et celui des cotisations perçues" " hors les résultats enregistrés pour votre contrat depuis le 31/08/19 ne nous permettent pas de continuer à vous faire bénéficier de ces garanties pour JUNE"Autrement dit, on ne garde que les personnes qui cotisent plus qu'elles ne sont remboursées.... Je suis très embetée, difficile de retrouver une assurance pour une chienne malade. Vraiment à fuir .... apanasana   Message(s) : 0Inscription : 13 Octobre 2022, 18:47 Rapporter ce messageRépondre en citant par jeanamos » 15 Octobre 2022, 14:05 Bonjour,Mon chien à une maladie chronique, il est couvert par une mutuelle (assuropoil) depuis plus de 2 ans. La maladie n'était pas déclarée au début de la prise en charge. Les frais vétérinaires sont couverts pour un remboursement à 60%. Nous payions 24€ par mois (il a un traitement à 95 euros par mois à vie qui à démarré le mois dernier). Nous venons de recevoir un renouvellement de contrat augmenté de 13 euros (soit 37 euros par mois) que nous avons 20 jours pour empêcher. Sauf que nous nous retrouvons complètement captif de l'assurance, puisque nous n'avons pas trouvé d'assurance qui acceptent de prendre en charge des maladies déjà connues. Savez-vous si c'est légal de la part d'assur o poil ? Merci d'avance. jeanamos   Message(s) : 0Inscription : 15 Octobre 2022, 13:47 Rapporter ce messageRépondre en citant par DomiF92 » 01 Décembre 2022, 19:15 J'ai assuré mon chien il y a quelques années. J'ai toujours reçu le remboursement de ce qui était noté dans le contrat à hauteur de 70% (il n'y avait pas la simple visite vétérinaire ou les vaccins prévue, mais les opérations, accidents...). Jamais de mauvaise surprise. En fin de vie, il a eu besoin de beaucoup de soins, notamment en urgence : je n'ai pas eu à me plaindre de ma mutuelle qui a toujours remboursé 70% des frais engagés. Le bémol : alors qu'il allait avoir 9 ans, la mutuelle m'a écrit pour me dire qu'il ne proposait plus mon contrat du moment, mais en avait un autre, évidemment au double du tarif précédent. Je payais alors 29,90 €/mois. Cela dit, avec tous les frais engagés durant sa dernière année de vie, j'ai réellement apprécié la mutuelle. Je n'ai pas fait le calcul, mais je pense avoir récupéré une grande partie de ce que j'ai cotisé car les urgences vétérinaires coûtent très cher (+ traitement et autres). Aujourd'hui, alors que je souhaite reprendre un chien, je me dis qu'il vaut peut-être mieux mettre de côté l'argent tous les mois juste pour lui (dans une tirelire, car je ne vais pas ouvrir un nouveau compte épargne pour vétérinaire :). Il faut juste être certain de s'auto-discipliner et ne pas se laisser tenter par l'argent à portée de main. DomiF92   Message(s) : 0Inscription : 01 Décembre 2022, 19:07 Rapporter ce messageRépondre en citant par manuelasnach619 » 20 Septembre 2023, 10:32 Bonjour,En cherchant comment résilier mon assurance animasolution, je suis arrivée sur votre forum donc j'en profite pour vous poser ma question car j'ai vu que plusieurs personnes étaient aussi chez anima solution. Mon chien a subit une grosse opération coûteuse et ils m ont remboursé une petite partie car j'ai découvert que le cout de l'opération était 4 fois supérieur au plafond. J'ai donc trouvé une autre assurance pour mon chien avec un plafond plus élevé et je voulais résilier anima solution. J'ai lu dans la page 2 qu'il est question de date anniversaire, est-ce toujours d'actualité ? Je croyais qu'une loi française avait annulé cette date anniversaire. Et l'autre question concerne anima solution en me connectant au site, il est écrit "vous n'avez plus de garanties offertes...." et un bouton souscrire à l'offre et je ne retrouve aucune info concernant mon chien, comme s'il m'avait radiée. J'essaie d'appeler depuis 2 jours mais sans succès donc si quelqu'un a des infos je suis preneuse. Merci par avance. manuelasnach619   Message(s) : 0Inscription : 13 Septembre 2023, 09:30 Rapporter ce messageRépondre en citant par gérauded398 » 05 Décembre 2023, 20:54 Bonjour à tousNotre petit Shih Tzu, Taittinger, vient de nous rejoindre fin octobre. Réformé d'élevage, il n'a montré jusqu'alors aucun signe de problème. Pour s'assurer de cela, nous avons pris un contrat chez Kozoo le 24/10 afin de couvrir les aléas de la vie.Le 3/11, nous avons consulté le veto afin de faire un point santé. Il s'avère que Taittinger était porteur d'une gale d'oreille (21 jours de traitement) mais, à part ça, pas de problème. N'ayant pas été vermifugé depuis août, le veto nous a fourni du Panecur afin de le traiter sur 3 jours (du 3 au 5). Le 4 et 5, selles molles. On le traite par une diète et du riz. Puis le 9, nous découvrons au réveil que T a eu la diarrhée. Inquiet nous consultons le 10 et nous le traitons avec carbolevure. Mais un problème disparaît, un autre apparait avec des vomissements. Bilan, nous faisons faire une écho le 21 et T passe la nuit à la clinique. Présentant le sujet a Kozoo, ces derniers nous demande de fournir tout le suivi médical de T depuis sa naissance, le dossier médical de notre véto, le CR de l'écho, etc... Pour finir par nous dire que ce problème est lié à un problème gastrique chronique qui a débuté le 3 (au plus tard le 5 - donc encore dans le délai de 15 jours de carence) et que, par conséquent, ils ne nous rembourseront pas MAIS surtout qu'ils excluent les symptômes de la couverture du contrat! Rappel des symptômes : selles molles, diarrhée et vomissements. Nous avons donc un chien qui, quoiqu'il arrive (hors accident) ne sera plus couvert par Kozoo mais, par extension, par plus aucune assurance sur une prise décision idiote de la part d'un vétérinaire "expert"!J'ai fourni la chronologie complète, ordonnances et photos datées à l'appui mais ils m'annoncent que c'est une décision définitive. Un conseil, fuyez Kozoo! [Message modéré] mon chien ne sera plus jamais couvert par quelconque mutuelle à cause d'eux gérauded398   Message(s) : 0Inscription : 05 Décembre 2023, 20:42 Rapporter ce messageRépondre en citant par Jgodard » 06 Décembre 2023, 08:05 Il en est ainsi de toutes les assurances. Comment faire pour éviter de couvrir est leur première préoccupation.Vous gagnerez à constituer un bas de laine en lieu et place de la cotisation mensuelle.Bon courage.Joël. Jgodard   Message(s) : 1658Inscription : 23 Juin 2020, 12:24Localisation : Île de France Rapporter ce messageRépondre en citant par marcpeiss591 » 17 Décembre 2023, 13:33 Nous avons fait l’acquisition d’un chiot auprès d’un éleveur qui avait souscrit une assurance auprès d'ANOMASOLUTION pour une durée de trois mois. Malheureusement notre chien s’est cassé la patte et l’accident était tout normalement pris en charge par ANIMASOLUTION. Pour procéder au remboursement nous avons alors communiqué nos coordonnées bancaires.Nous avons bien eu un remboursement mais aussi à notre grande surprise des prélèvements de 62,84€ pour une souscription d'assurance que nous n'avons jamais acceptée ou validée. Bref, voilà les pratiques de ANIMASOLUTION qui utilise abusivement et frauduleusement vos données bancaires.Nous avons décidé de déclarer les pratiques d'ANIMASOLUTION à la DGCCRF et de porter peinte avec l'aide de notre avocat. marcpeiss591   Message(s) : 0Inscription : 17 Décembre 2023, 13:22 Rapporter ce messageRépondre en citant par Modération 60 Millions » 02 Mars 2024, 14:04 Bonjour,Vous trouverez des informations qui pourraient vous être utiles dans ce guide paru sur notre site internet 60millions-mag.com : Bien choisir votre assurance santé chien ou chat Bonne lecture, La rédaction de 60 Millions de consommateurs Modération 60 Millions La Modératrice   Message(s) : 943Inscription : 21 Octobre 2013, 12:11 Retour vers Assurances - Mutuelles Qui est en ligne ? Utilisateur(s) parcourant ce forum : Aucun utilisateur inscrit et 30 invité(s)