



## NOTICE D'INFORMATION

■ FMA Santé - Réf. EQC020NIA-032014

Notice d'Information valant Dispositions Générales relative au contrat d'assurance Frais de Santé souscrit par GPMA, Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - 7, boulevard Haussmann - 75447 Paris cedex 09, auprès de L'EQUITE, Société appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A au capital de 18 469 320 euros, inscrite au RCS de Paris sous le n°B 572 084 697 – 7 boulevard Haussmann – 75442 PARIS CEDEX 09.

## PREAMBULE

Le contrat d'assurance FMA SANTE n°AC48298 est un contrat collectif d'assurance, à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Il est souscrit par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), ci-après dénommé « le Souscripteur », auprès de la compagnie L'EQUITE - 7 boulevard Haussmann – 75442 PARIS CEDEX 09 ci-après dénommée « l'Assureur », au profit de ses adhérents.

L'adhésion se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'Information valant Dispositions Générales, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,

- Le Certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,

- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le contrat groupe est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

### Date d'effet – Renouvellement

Le contrat groupe prend effet le 01/07/2012. Il est conclu pour une première période allant jusqu'au 31/12/2012. Il se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier.

### Résiliation ou modification du contrat groupe

Le contrat groupe conclu peut être résilié ou modifié par lettre recommandée par l'une ou l'autre des parties moyennant un préavis de deux mois.

Les adhérents seront informés par l'association GPMA, par écrit, de la résiliation ou de la modification.

En cas de résiliation :

- aucune adhésion nouvelle ne peut plus être acceptée à compter de la date de résiliation,

- en ce qui concerne les adhésions en cours, les dispositions contractuelles restent en vigueur, sous réserve du paiement des cotisations.

Le Souscripteur s'engage à maintenir dans le présent contrat la totalité des adhésions enregistrées par l'Assureur à cette date, jusqu'à l'extinction de l'encours garanti.

### Radiation des adhésions

Un adhérent est radié de plein droit et son contrat prend fin entraînant la cessation des garanties :

- En cas de perte, quelle qu'en soit la cause de sa qualité d'adhérent de l'Association,

- Dans tous les autres cas prévus par l'article « RÉSILIATION DU CONTRAT » de la présente Notice d'information.

La radiation est sans effet sur les prestations en cours ou acquises qui seront versées sur les bases contractuelles.

## MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur, après avoir pris connaissance de la présente notice et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

• son conjoint,

• les enfants,

- âgés de moins de 20 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire,

- âgés de 20 à 26 ans inclus, sous réserve :

■ qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,

■ qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,

■ qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,

- sans limite d'âge en cas de situation de handicap reconnue et justifiée.

• les ascendants, descendants ou collatéraux, à condition qu'ils soient reconnus à charge par le régime obligatoire de l'adhérent ou celui de son conjoint.

Le demandeur devra également mentionner la formule de garantie qu'il a choisi : Garantie 100, Garantie 150, Garantie 175 ou Garantie 250.

La garantie choisie sera ensuite identique pour les ayants droit.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quelles que soient les garanties choisies.

En adhérant au contrat FMA SANTÉ, le demandeur devient adhérent de l'Association GPMA dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée lors de la 1<sup>ère</sup> échéance. A ce titre, un exemplaire des statuts de l'Association lui est remis lors de son adhésion.

## PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat est réputé conclu à la date de signature de la demande d'adhésion. La date d'effet du contrat est celle figurant sur le certificat d'adhésion.

La date d'échéance du contrat est le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile. Ainsi en cas d'adhésion prenant effet en cours d'année, l'adhésion est conclue pour une première période maximale de un an, courant de la date d'effet de l'adhésion jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier suivant. Il est ensuite reconduit pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance du contrat ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DU CONTRAT ».

Ainsi, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion.

## RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau en annexe.

### Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX au plus tard deux mois avant l'échéance anniversaire. Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée, envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

### Conséquences de la résiliation

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

## DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'adhérent doit fournir des réponses exactes.

### À l'adhésion

L'adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

### En cours de contrat

L'adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,

- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des Bénéficiaires au Régime Obligatoire,

- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,

- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,

- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,

- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,

- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

**Ces événements doivent être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.**

**En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'assureur pourra résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en restituant à l'adhérent le prorata de prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'assuré.**

## CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les assurés doivent être affiliés ou ayants droit d'un affilié à un Régime Obligatoire français.

Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

## PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont acquises immédiatement, sans délai de carence, à compter de la date d'effet mentionnée sur la demande d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et de la signature de la demande d'adhésion.

## ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France métropolitaine et dans la principauté de Monaco.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire ne

dépassent pas six mois par an en une ou plusieurs périodes.  
Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

## **GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS**

### **Garanties**

Le contrat FMA SANTÉ comporte quatre formules de garanties: la Garantie 100, la Garantie 150, la Garantie 175 et la Garantie 250.

Pour chacune des formules, le tableau des garanties précise la nature, les montants de remboursements ainsi que les plafonds éventuels, synthétisés en neuf blocs :

Bloc 1 : Hospitalisation	Bloc 5 : Dentaire
Bloc 2 : Soins et honoraires médicaux conventionnés	Bloc 6 : Audioprothèse – petit appareillage
Bloc 3 : Pharmacie	Bloc 7 : Cure thermique
Bloc 4 : Optique	Bloc 8 : Maternité
	Bloc 9 : Garanties nouvelles

### **Montants de remboursement**

Les montants de remboursements sont exprimés, suivant le cas :

- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné uniquement, En Frais réels (FR),
- Sous la forme de montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul le forfait Optique fait exception à cette règle.

### **Fonctionnement du forfait optique**

Pour les Garantie 150, Garantie 175 et Garantie 250, le forfait annuel Optique peut être reporté sur l'année suivante s'il n'a pas été consommé sur l'année en cours :

- à hauteur de 25 euros s'il n'y a pas eu de remboursement optique l'année civile pleine précédente (minimum de 12 mois civils d'adhésion au contrat et absence de consommation optique durant l'année)
- à hauteur de 50 euros s'il n'y a pas eu de remboursement optique les deux années pleines précédentes.

### **Prise en charge**

Dans les conditions et limites de remboursements des garanties choisies et mentionnées au certificat d'adhésion et au tableau de garanties, l'assureur peut prendre en charge :

- les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie français,
- les frais non remboursés par le Régime obligatoire mais prescrits médicalement, faisant l'objet d'une prise en charge.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garanties joint au contrat.

Le tarif de référence pour le calcul des prestations est celui en vigueur à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés. De convention expresse, l'Assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

## **LIMITES PARTICULIÈRES DE GARANTIES**

■ Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (Psychiatrie et assimilée) : L'hospitalisation en service psychiatrique, les cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie sont prises en charge dans la limite de 30 jours par année d'assurance et par assuré. La prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

■ Limitation de l'hospitalisation en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence et moyen séjour : L'hospitalisation en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, ou moyen séjour, avec accord de la Sécurité sociale, est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'assurance et par assuré (sur la base du tarif de convention et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

## **EXCLUSIONS**

**Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.**

**Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables précisées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».**

**Les garanties ne s'exercent pas en cas :**

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin,
- de frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion,
- pour les frais de séjour, les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.

**En aucun cas le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.**

**Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables» et mentionnées à l'article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ».**

## **CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE**

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le cadre du parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- Au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- Au moins 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- La totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministérielle du 8 juin 2006.
- Le remboursement des actes techniques médicaux réalisés par les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes réanimateurs ayant adhérisés à l'option de coordination prévue par la convention médicale du 26/07/2011, à hauteur de 150% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais exposés.

Dans le cadre du dispositif législatif relatif aux «contrats responsables», le contrat ne rembourse pas les frais supplémentaires à la charge de l'assuré du fait du non respect du parcours de soins, à savoir :

- La majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- Les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat ne prend pas en charge :

- La contribution forfaitaire mentionnée au Chapitre II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- Le montant de la franchise instaurée en application du Chapitre III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

## **MODIFICATIONS DES GARANTIES**

### **À la demande de l'adhérent**

L'adhérent a la possibilité de demander par écrit :

- Un changement de formule de garanties à la hausse. Le délai de prévenance est, dans ce cas, d'un mois civil et ce changement de formule n'entraîne pas de délai de carence.
- Un changement de formule de garanties à la baisse. Ce changement est possible chaque mois de l'année dans le cadre de situations spécifiques (cas de liquidation anticipée en épargne salariale, déménagement, modification de l'état civil, naissance, décès...).

Hormis ces conditions dérogatoires, la règle est la suivante :

- pour les formules Garantie 100, Garantie 150 et Garantie 175 : changement possible à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 12 mois d'assurance sur ces niveaux,
- pour la formule Garantie 250 : changement possible à l'échéance anniversaire et avec un maintien minimal de 24 mois d'assurance sur ce niveau.

La modification du contrat (garanties et/ou cotisation) prendra effet à la date d'effet de l'avenant constatant les modifications.

Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraîneront un nouveau calcul des plafonds annuels (proratation).

En cas de modification de cotisation, la différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

### **À l'initiative de l'Assureur**

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment dans les hypothèses suivantes :

- Si l'Assureur modifie la cotisation à l'échéance du contrat (article « COTISATIONS »),
- Afin de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables» (article « Cadre juridique du contrat dit responsable ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Ces modifications sont applicables aux assurés sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution. En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information. La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

## **AJOUT OU RETRAIT DE BÉNÉFICIAIRES**

### **En cours de contrat, à l'échéance du contrat**

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou le retrait d'un ayant droit à la date échéance du contrat, en prévenant l'Assureur deux mois à l'avance.

### **En cours de contrat, hors échéance du contrat**

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de jugement d'un enfant adopté,
- À la date de l'union avec son conjoint,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'adhérent doit le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- À la date du décès,
- À la date de séparation ou de divorce,
- À la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire.

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, l'Assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de Bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

## **ADAPTATION DU CONTRAT PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité Sociale en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité Sociale venaient à être modifiées, l'Assureur se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

## **PRESTATIONS**

### **Télétransmission**

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX

L'adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité Sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

### **Tiers payant**

Le contrat permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité Sociale, l'adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ALMERYS ou sur simple demande à POP Santé.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### **Justificatifs à produire**

Pour obtenir le règlement de ses prestations dès lors que les frais n'ont pas été réglés directement au professionnel de santé, l'adhérent doit envoyer à POP Santé les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire,
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans.
- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés. Pour le versement du « forfait Cure » : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'établissement thermal ainsi que la facture originale d'hébergement (meublé, hôtel, camping...) et/ou facture de transport : billet de train ou attestation des kilomètres parcourus (aller-retour domicile) avec copie de la carte grise du véhicule au nom de l'adhérent,
- Lorsque l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs. Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelles que soient leurs natures doivent parvenir à POP Santé - Service Prestations - 26 rue Cambacères - 75008 PARIS dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, à peine de déchéance.

### **Contrôle des dépenses et Expertise**

- Le médecin-conseil de l'Assureur peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.
- À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

Au regard du résultat de ces contrôles, l'assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

De convention expresse, l'adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'adhérent, l'assureur pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

### **Procédure d'Expertise**

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'adhérent pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

### **Arbitrage**

- En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux 4

parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

#### **Remboursement des prestations**

Les prestations sont remboursées en fonction des garanties que l'adhérent a souscrites et qui figurent au certificat d'adhésion.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des adhérents géré par POP Santé.

## **COTISATIONS**

### **Montant de la cotisation**

La cotisation est fixée à la demande d'adhésion. Elle est exprimée en euros, tous frais et taxes inclus. Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, le niveau de garantie choisi, l'âge des assurés et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque assuré. La cotisation totale est due par l'adhérent.

### **Variation de la cotisation**

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de changement de garanties, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de Bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité sociale ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

### **Révision de la cotisation**

La cotisation est amenée à évoluer en fonction de l'âge atteint des assurés à l'échéance du contrat.

L'assureur peut également être amené à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'adhérent pourra refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

### **Paiement de la cotisation**

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi par l'adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties du contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension. En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les dix jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

### **Loi Madelin**

Les cotisations du contrat sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » au bénéfice des Travailleurs Non Salariés. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'organisme gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

## **SUBROGATION**

En vertu du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions des assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

## **PRESCRIPTION**

Conformément au code des assurances :

### **Article L114-1**

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance,

s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### **Article L114-2**

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **Article L114-3**

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Conformément au Code civil :

Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription.

### **Article 2240**

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

### **Article 2241**

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

### **Article 2242**

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

### **Article 2243**

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

### **Article 2244**

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

### **Article 2245**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

### **Article 2246**

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

## **EXAMEN DES RÉCLAMATIONS**

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses sinistres, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité - 7 boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

## **MÉDIATION**

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et l'assureur après examen de votre demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur indépendant auprès de Generali, en écrivant à M. le Médiateur auprès de Generali – 7 Bd Haussmann – 75456 PARIS Cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

## INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations à caractère personnel recueillies par POP Santé sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, - intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, POP Santé peut être amené à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à : POP Santé - BP 39 - 84170 MONTEUX

Les informations personnelles y compris celle recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par L'EQUITE pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

## AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est : L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout 75436 - Paris Cedex 09

## RENONCIATION A L'ADHÉSION EN CAS DE DÉMARCHAGE A DOMICILE

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le

cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances - l'adhérent peut renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné \_\_\_\_\_, N° de contrat \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription au contrat groupe n°AC48298 effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature ».

## CONCLUSION DU CONTRAT ET DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

### Modalité de conclusion du contrat

L'assuré dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission du certificat de souscription). À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de quatorze jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, il devra alors retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre. À défaut de retour dans ce délai, le contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

### Droit de renonciation

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'assuré peut renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

Si l'assuré a demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'assuré a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à FMA Assurances, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné \_\_\_\_\_, N° de contrat \_\_\_\_\_, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande de souscription au contrat groupe n°AC48298 effectuée en date du (date de la signature de la demande de souscription), exclusivement à distance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature ».

FMA Assurances - SAS au capital de 841 324 euros - Société de Courtage en Assurances - Siège social : 11 A Quai Conti 78430 Louveciennes - RCS Versailles 429 882 236 - Immatriculée à l'ORIAS sous le N° : 12068209 (www.orias.fr) - Tél: 01.39.10.52.10 - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des Assurances - Sous le contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris (www.acpr.banque-france.fr). FMA Assurances exerce son activité en application de l'article L 520-1 II b du code des assurances : la liste des compagnies d'assurances partenaires est disponible sur demande. Réclamation : FMA Assurances, Service Réclamation, 11A Quai Conti CS 30502 - 78431 Louveciennes Cedex, et/ou à Monsieur le Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers en Assurances (CSCA), 91 rue Saint Lazare 75009 Paris.

Garanties souscrites auprès de L'EQUITE, Entreprise régie par le Code des Assurances - siège social : 7, boulevard Haussmann, 75442 Paris cedex 09 - SA au capital de 18 469 320 euros - 572 084 697 RCS Paris - Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 - Sous le contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris (www.acpr.banque-france.fr).

## ANNEXE - CONDITIONS DE RÉSILIATION

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	L'Adhérent ou l'Assuré	Au plus tard 2 mois avant l'échéance du contrat prévue au certificat d'adhésion.	Au jour de l'échéance principale à minuit.
Modification de tarif ou de garantie.		Dans le mois qui suit la date où l'assuré a reçu son avis d'échéance.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de cotisation en conséquence (art. L 113-4 du Code des Assurances).		Dans le mois qui suit la date où l'assuré a eu connaissance de la proposition.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art. L 113-16 du Code des Assurances).	L'Adhérent ou l'Assuré et l'Assureur	L'Adhérent ou l'Assuré : par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. L'Assureur : par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 3 mois qui suivent l'envoi d'une lettre en informant l'assureur.	1 mois après la notification de la lettre recommandée.
Non-paiement des cotisations (art. L 113-3 du Code des Assurances)	L'Assureur	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de mise à demeure de payer les cotisations, si elle n'est pas intégralement régularisée.
Omission ou inexactitude dans la déclaration sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (art. L 113-9 du Code des Assurances)		Dès que l'Assureur en a connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Décès de l'assuré.	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
Départ de la France Métropolitaine, de la principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an.			Le 1 <sup>er</sup> jour qui suit le 1 <sup>er</sup> anniversaire du départ.