



ASSURANCE DE PERSONNES SANTÉ



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

HOSPI +

Référence : NI SANTÉ HOSPI +
01/2019

Notice d'information du contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative

HOSPI +

Référence : NI SANTE HOSPI + - 01/2019

Le contrat HOSPI + est un contrat conçu et négocié auprès de l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :

FMA ASSURANCES

Immeuble Colisée Gardens

8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex

SAS au capital de 841 324 euros - RCS Nanterre 429 882 236

Immatriculée au fichier ORIAS sous le numéro 12068209- www.orias.fr

Le contrat HOSPI +

Votre notice d'information santé HOSPI + - 01/2019

Le contrat d'assurance complémentaire HOSPI + est composé d'une formule unique et a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, constatés médicalement et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre Régime obligatoire, occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie ;
- accident.

En complément de la formule unique, vous pouvez adhérer à une des 2 options complémentaires proposées.

Certaines prestations non couvertes par votre Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées au certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le descriptif de l'ensemble des garanties est annexé à la présente notice d'information.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent au contrat n° A5732 0001 00

Le Contrat HOSPI + est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé

7 Rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 150 000 000 - Entreprise régie par le Code des assurances
- 322 215 021 RCS Nanterre

Par :

Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)

Association loi 1901

7 rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat HOSPI + est régi par la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec l'Assureur et l'Association, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée du contrat, la langue française.

Le contrat HOSPI + entre l'AGIS et l'assureur prend effet le 01 janvier 2019, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'AGIS et l'assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties

L'Association et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser le contenu du contrat. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la modification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 2.11.5 Le non-paiement des cotisations

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par :

FMA ASSURANCES

Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex

SAS au capital de 841 324 euros - RCS Nanterre 429 882 236

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre du Contrat HOSPI + à :

POP SANTÉ

CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Monteux

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après.

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'AGIS, et vous-même, les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
 - » La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
 - » Le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - » Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

Sommaire

Chapitre 1

Lexique

Chapitre 2

Le fonctionnement de votre adhésion

- 2.1 Les personnes assurées
- 2.2 Les conditions et formalités d'adhésion
- 2.3. L'âge limite d'adhésion
- 2.4 Vos déclarations
- 2.5 Le choix de la formule de garanties
- 2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat
- 2.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties
- 2.8 La suspension des garanties
- 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat
- 2.10 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance
- 2.11 Les cotisations
- 2.12 La prescription
- 2.13 La subrogation
- 2.14 Les réclamations – La médiation
- 2.15 L'autorité de contrôle
- 2.16 La protection des données à caractère personnel

Chapitre 3

Les garanties

- 3.1 Le cadre juridique
- 3.2 Ce que garantit le contrat
- 3.3 La modification des garanties
- 3.4 L'étendue territoriale des garanties

Chapitre 4

Les exclusions et limitations de garanties

- 4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas
- 4.2 Les limitations de la garantie santé

Chapitre 5

Le règlement des prestations

- 5.1 Le règlement des prestations
- 5.2 Les renseignements complémentaires
- 5.3 Le contrôle et expertise
- 5.4 Les délais à respecter
- 5.5 Les sanctions

Chapitre 1

Lexique

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

1° les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;

2° les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;

3° les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;

4° les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du Code de la défense ;

5° le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;

6° les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;

7° les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au *certificat d'adhésion*.

Adhésion à distance

L'adhésion à distance au contrat **HOSPI +** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

An (par)

Désigne l'année civile.

Assuré(s)

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux *certificat d'adhésion*.

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les **institutions de la République** ou à **porter atteinte à l'intégrité du territoire national**

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

Ayant droit

Désigne sous réserve qu'il soit inscrits au contrat le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de

santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;

- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bonus fidélisation :

Les garanties sont évolutives les 3 premières années d'assurance pour les prestations **Honoraires - Frais d'accompagnement, frais de télévision (Hospitalisation) / Consultations spécialistes (Soins médicaux) / Médecines douces (Prévention & bien-être)**, dans les limites précisées dans le tableau des garanties joint au *Certificat d'adhésion*.

Bonus optique

En cas d'adhésion à l'option Confort, en l'absence de remboursement de dépenses d'optique au cours de l'année d'assurance précédente ou plus, le forfait optique de l'année en cours est majoré selon les proportions précisées dans le tableau des garanties. Le bonus est accordé dès la première année d'adhésion.

Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du *Régime obligatoire*.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le *Régime obligatoire*.

Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le *Régime obligatoire*. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Certificat d'Adhésion

Document émis par le Service Gestion de POP SANTÉ qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'*adhérent* et des personnes assurées, la *date d'effet* de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la *date d'effet* de la garantie.

Conjoint

On entend par *conjoint sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion*:

- l'époux(se) de l'*adhérent* non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'*adhérent*.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Date anniversaire de l'adhésion :

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au *certificat d'adhésion*. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'*adhérent* de certaines dispositions du contrat.

Délai d'attente

Le *délai d'attente* est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du *Régime obligatoire* d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'*adhérent* ou de l'*assuré* précisé au *certificat d'adhésion*.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par POP SANTÉ à l'*adhérent* :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Tableau des garanties
- Echancier annuel des cotisations

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée à la date anniversaire de l'adhésion.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.
- Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les garanties assurées et précisées dans le tableau des garanties joint au Certificat d'adhésion sont prises en charge par le contrat HOSPI+.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une maladie ou un accident.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

Les hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident, ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné au *certificat d'adhésion*.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e)

alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Options complémentaires

Les options complémentaires sont optionnelles et sont obligatoirement assurées en complément de la formule HOSPI+.

L'option Confort complète la formule HOSPI+ par la prise en charge des dépenses d'Optique et dentaires.

L'option Bien-être intervient en complément de la formule HOSPI+ et de l'option Confort, sur les dépenses de Prothèses non dentaire et Appareillage, Prévention et Bien-être.

L'adhésion à ces 2 options complémentaires peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Article 3.3 La modification des garanties).

Participation forfaitaire

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des *enfants* de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Les participations forfaitaires laissées à la charge de l'assuré pour les garanties assurées et précisées dans le tableau des garanties joint au *Certificat d'adhésion* sont prises en charge par le contrat HOSPI+.

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat vous sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de votre affiliation et cesse à la date de résiliation de votre adhésion.

Plafond annuel de remboursement du poste dentaire

Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, au titre de l'Option Confort si elle est assurée, appréciée par année d'assurance. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties joint au *Certificat d'Adhésion* de l'*Adhérent*.

Régime obligatoire - RO

Le Régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les *assurés* de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Sinistre

L'événement, la *maladie* ou l'*accident*, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité - TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au *Régime obligatoire* pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention - TC

Tarif de base utilisé par le *Régime obligatoire* pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité - TR

Tarif de base utilisé par le *Régime obligatoire* pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le *Régime obligatoire* et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son *domicile* ou du lieu de l'*accident* à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'*assuré* garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Désigne l'*adhérent*.

2.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier en qualité d'adhérent à l'AGIS des garanties *vous* devez :

- résider en France, ou dans les Outre-Mer,
- être majeur civilement responsable,
- **être affilié auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit,**
- **être âgé à l'adhésion de 55 ans à 75 ans inclus.**

En cas de non-respect de ces dispositions, *vous* vous exposez à ce que la *nullité* de votre adhésion au contrat HOSPI+ soit prononcée.

Votre conjoint peut également être assuré au titre de votre adhésion, sous réserve qu'il réponde à la définition du lexique. Il est alors inscrit au Certificat d'adhésion et désigné dans la présente notice d'information par le terme « Conjoint ».

2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

2.2.1 – La demande d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, *vous* devez **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies,
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est notamment conditionnée aux réponses aux différents questionnaires.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances

2.2.2 – Les modalités d'adhésion

L'adhésion à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par l'intermédiaire d'assurance, **ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'information** d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance.

Dès votre adhésion finalisée, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis.

L'adhésion au contrat **HOSPI +** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par FMA ASSURANCES:

Adhésion par écrit sur support papier

L'adhérent doit **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant :

les garanties choisies ;

des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

La demande d'adhésion ainsi complétée et signée doit être adressée à POP Santé, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhérent. Par la signature, *vous* manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont *vous* avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'assureur, *vous* recevrez par voie postale ou par e-mail votre *dossier d'adhésion*.

Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que *vous* fournissez, lors de l'entretien téléphonique avec votre intermédiaire commercial, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat HOSPI+, et acceptation de l'assureur, *vous* recevez par voie postale ou électronique votre *dossier d'adhésion* qu'il conviendra de **dater et signer** manuscritement ou électroniquement.

Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site www.popsante.fr, via votre espace personnel.

L'adhérent, l'Assureur et l'Association conviennent :

- **que les enregistrements des conversations, préalablement autori-**

sés par l'adhérent, sont conservés par POP Santé et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'adhésion au contrat HOSPI+, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation et des opérations effectuées en cours d'adhésion.

- **qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même, la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.**

L'adhésion par voie téléphonique est effectuée dans le respect des dispositions de l'article L 112-2-1 du code des assurances.

2.3. L'âge limite d'adhésion

L'âge limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties est fixé à 75 ans.

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, *nous* prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur.

2.4 Vos déclarations

2.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par *vous* auprès d'autres assureurs.

2.4.2 En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- tout changement de la composition de la famille (mariage, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime obligatoire;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de *domicile* ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), *nous* pourrons, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si *vous* refusez nos nouvelles conditions de garantie, *vous* devrez *nous* en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. *Nous* procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.
- une diminution de risque, *nous* pourrons diminuer la prime en conséquence. A défaut, *vous* pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à POP Santé, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.4.3 La validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à POP Santé par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque *vous* l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire POP Santé ou l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- **article L. 113-8 – Nullité du contrat ;**
- **article L. 113-9 – Réduction des indemnités.**

2.5 Le choix de la formule de garanties

Au moment de l'adhésion, *vous* avez la possibilité de choisir la formule de

garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour votre conjoint s'il est ayant droit de votre adhésion.

2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.6.1 La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission de votre *certificat d'adhésion* qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur votre certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.6.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. Elle est reconduite tacitement d'année en année à chaque échéance principale, sauf dénonciation formulée par vous, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.9. Résiliation de l'adhésion aux contrats.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.7.1 La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au *Certificat d'adhésion*. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.7.2 Les délais d'attente

Les garanties du contrat ne comportent pas de *délai d'attente* sauf :

Chambre particulière	6 mois
----------------------	--------

2.7.3 La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.8 La suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes,
- ou en cas de séjour à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères), notamment sur son site internet.

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement,
- L'assuré revient vivre en France après un séjour :
 - de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;
 - à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.9.1. Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- à la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance principale. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à POP Santé - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux au

plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel ;

- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;
- en cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances) ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 2.11.3 La révision du tarif.

L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des procédures prévues aux articles susvisés.

2.9.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent,
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 La cessation des garanties.

En cas de perte de la qualité d'adhérent à l'AGIS (résiliation du contrat par l'association ou démission de l'adhérent de l'association), l'adhésion au contrat HOSPI + est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Si la résiliation du contrat HOSPI + est à l'initiative de l'assureur, celui-ci s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents qui en feront la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.10 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	<i>Démarchage à domicile</i>	<i>Vente à distance</i>
Définitions	«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 ou par envoi recommandé électronique 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..»	«Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités»
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le <i>certificat d'adhésion</i>). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat HOSPI + N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signée le (<i>date</i>). (<i>Si des cotisations ont été versées</i>) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la <i>période de garantie</i> . (<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. L'assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la <i>période de garantie</i> dans un délai de trente jours.
Articles	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances

2.11 Les cotisations

2.11.1 Le montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des personnes assurées à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile de l'adhérent.

Il évolue également contractuellement, à chaque échéance principale, en fonction de l'âge des assurés :

- de 2,00 % de 40 à 54 ans ;
- de 2,50 % de 55 à 75 ans ;
- de 3,00 % à partir de 76 ans.

2.11.2 La variation des cotisations

Les cotisations évoluent à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

2.11.3 La révision du tarif

L'assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

2.11.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

2.11.5 Le non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

2.12 La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

Article L. 114-1

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, notwithstanding les dispositions du 2^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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.

Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

▪ Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

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

▪ Demande en justice

Article 2241 du Code civil

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 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

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.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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 du Code civil

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les mineurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

2.13 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

2.14 Les réclamations – La médiation

La réclamation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou par courrier simple adressé à l'attention du Service Clients - POP SANTÉ - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux - téléphone. (appel non surtaxé).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations – POP SANTÉ - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux – email : .

La médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

2.15 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

2.16 La protection des données à caractère personnel

La société FMA Assurances SAS, représentée par son Président, Monsieur Ludovic DUMONT, en tant que courtier d'assurance, est co-responsable avec ses Assureurs partenaires des traitements appliqués à vos données personnelles dans le cadre de la souscription et la gestion des contrats d'assurance qu'elle distribue ainsi que de la gestion des éventuels sinistres en découlant.

Vos données sont utilisées uniquement pour des finalités explicites, légitimes et déterminées en lien avec votre contrat d'assurance. Nous ne les conservons pas au-delà de la durée nécessaire pour les opérations pour lesquelles elles ont été collectées.

Par ailleurs, conformément à nos obligations légales, nous mettons en œuvre des traitements de vos données ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme d'une part ainsi que la lutte contre la fraude à l'assurance d'autre part en vertu desquels nous devons conserver vos données durant cinq années, à compter de la résiliation de votre contrat, conformément aux dispositions de l'article L 561-12 du code monétaire et financier notamment.

La collecte de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion du contentieux.

Les seules données que nous vous demandons et que nous traitons sont nécessaires à la poursuite de l'ensemble des finalités précitées et sont destinées exclusivement à nos services internes de gestion ainsi que, le cas échéant, à ceux de votre assureur et de nos sous-traitants. Nous ne commercialisons pas, de quelque manière que ce soit, les données vous concernant et ne nous en servons pas en vue de procéder à des opérations de démarchages ou de profilage.

La société FMA Assurances SAS et ses partenaires assureurs sont légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation des traitements y afférents. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Nous pouvons ne pas faire droit à votre demande, en tout ou partie, dès lors que celle-ci s'avère incompatible avec notre obligation de conservation et/ou de traitement de vos données en vertu d'une disposition légale ou justifiée par l'exécution d'obligations précontractuelles et/ou contractuelles.

Pour exercer tout ou partie de ces droits, vous pouvez, sous réserve de la production d'une pièce d'identité en cours de validité (permis de conduire exclus) contacter notre Délégué à la Protection des données externalisé en écrivant à dpo@fma.fr.

Mesures de sécurité

Nous nous engageons à assurer la sécurité de vos données en mettant en place une protection des données renforcée par l'utilisation de moyens de sécurisation physiques et logiques conformes aux règles de l'art et aux normes qui nous sont imposées. Pour toute réclamation ou information complémentaire vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (HYPERLINK «<http://www.cnil.fr>» www.cnil.fr) en écrivant à l'adresse suivante :

CNIL
3, place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris cedex 07

Chapitre 3

Les garanties

3.1 Le cadre juridique

Les garanties du présent contrat d'assurance **ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif** relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables » issus de l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

En conséquence, le contrat HOSPI+ prend en charge, pour les garanties assurées et mentionnées dans le tableau des garanties joint au Certificat d'adhésion, la participation de l'assuré aux dépenses de soins suivantes :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

3.2 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au *certificat d'adhésion* et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires.

Le remboursement des frais médicaux

La formule Hospi+

Cette formule peut être assurée seule ou complétée par l'une ou les deux options facultatives (Option Confort – Option Bien-être)

L'hospitalisation

- les frais de séjour ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière dans la limite du plafond annuel, **pour tout séjour en établissement hospitalier d'une durée supérieure à 48 heures**,
- le remboursement des frais d'accompagnement, des frais de télévision, de téléphone et de connexion internet dans les limites du plafond journalier prévu.
- Le remboursement des honoraires des professionnels de santé en cas d'hospitalisation est majoré dans les conditions et limites précisées au Certificat d'adhésion les 2^{ème} et 3^{ème} années d'assurance.
- *La médecine courante*
- les consultations et visites des médecins spécialistes ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM).

Le remboursement des dépenses de Médecine courante décrites ci-dessus est majoré dans les conditions et limites précisées au *Certificat d'adhésion* les 2^{ème} et 3^{ème} années d'assurance.

L'option Confort

Cette option ne peut être choisie qu'en complément de la formule Hospi+

L'optique

- les verres ;
- la monture ;
- les lentilles cornéennes remboursées par la Sécurité sociale.

Le dentaire

- les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale ;
- l'implantologie remboursée par la Sécurité sociale ;
- les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués aux dispositions particulières ;

L'option Bien-être

Cette option ne peut être choisie qu'en complément de la formule Hospi+ et l'option Confort.

- *Les prothèses et les appareillages*
- les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires, petit et gros appareillage.

La prévention et le bien-être

- les médecines douces non remboursées (Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe, Acupuncteur, Etiopathe, Podologue, Pédicure, Diététicien, Naturopathe) si prescrites sur ordonnance par un médecin ;
- la pharmacie prescrite non remboursée ;
- les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.

Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de facturation pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour les frais d'optique la date de de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

3.3 La modification des garanties

- Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. *L'âge limite d'adhésion* de la présente notice d'information.

- En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables.

- De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélité en optique.

- Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

3.4 L'étendue territoriale des garanties

- La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le *Régime obligatoire* français intervient.

Chapitre 4

Les exclusions et limitations de garanties

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Le remboursement de frais de soins résultant de maladies et accidents, ainsi que leurs suites et conséquences, consécutifs à :

- un acte intentionnel ou dolosif de l'assuré ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;
- l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
- la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- la guerre étrangère, de la guerre civile ;
- la participation active ou la complicité de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage et d'attentat ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;
- cataclysme ;
- la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- de maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- d'hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- de traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- de frais de diététique (*hospitalisation* et traitements) ;
- de cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;
- de traitements par psychanalyse ;
- de frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).
- de frais de chambre particulière pour les séjours en service de :
 - » diététique,
 - » psychiatrie ou neuropsychiatrie,
 - » diététique,
 - » gériatrie.

4.2 Les limitations de la garantie santé

La prise en charge par l'Assureur des frais de chambre particulière lors de séjour de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle est limitée à 30 jours par an et par assuré.

Les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques sont limités à 90 jours pour toute la vie de l'adhésion.

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.

Chapitre 5

Le règlement des prestations

5.1 Le règlement des prestations

5.1.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à POP SANTÉ.

Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le Tiers payant

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par POP Santé lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, POP Santé pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

5.1.2 La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à POP SANTÉ les pièces mentionnées ci-après, **accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire**

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
La médecine courante	Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire
L'hospitalisation	L'original du décompte des prestations du régime obligatoire. Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.
L'optique	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien. La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.
Le dentaire	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.
Les prothèses et les appareillages	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée.
Pharmacie non remboursée	La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée
La médecine naturelle non remboursée	Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et POP Santé se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus.

Le cumul des divers remboursements obtenus par l'adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

5.1.3 Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

5.2 Les renseignements complémentaires

Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

5.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil.

Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire.

Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un tiers expert arbitre (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du domicile de l'assuré).

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par vous.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

5.4 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à POP SANTÉ dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*. **Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.**

5.5 Les sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.