



ASSURANCE DE PERSONNES PRÉVOYANCE



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

PROTEGO PLUS - MGD
Référence : MGD0001P_NI01/2020

FMA
a s s u r a n c e s

PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance PROTEGO + est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par le Code de la Mutualité notamment son livre II. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe. Il est souscrit par **Association pour la Santé et Prévoyance de l'Echiquier (ASPE)**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 sise au 51 rue de l'Echiquier – 75009 Paris auprès de **La Mutuelle Générale de la Distribution**, assureur de la garantie indemnités journalières hospitalières, au profit de ses adhérents.

L'assureur de la garantie indemnités journalières et hospitalières est : la Mutuelle Générale de la Distribution, Mutuelle Régie par le livre II du code de la Mutualité inscrite au répertoire SIREN sous le n° 429 211 469, 15 Rue du Faubourg Montmartre – 75009 PARIS.

La Mutuelle délègue la gestion des adhésions à POP SANTÉ - 1050 Chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX.

Le contrat d'assurance de groupe établi entre ASPE et la Mutuelle Générale de la Distribution, géré dans le cadre de la convention P19-5005, se compose des documents suivants :

- La présente Notice d'information, régissant le fonctionnement du contrat, le contenu des garanties, ainsi que les exclusions. Elle donne également la définition des termes d'assurance utilisés ; ces définitions ont un caractère contractuel;
- Le bulletin d'adhésion qui reprend l'ensemble de vos données personnelles, vos déclarations et les garanties souscrites
- Le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat groupe 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.

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 place de Budapest CS 92459 75436
Paris cedex 09

1 - DEFINITIONS

Adhérent : l'adhérent au contrat groupe P19-5005.

Limitations relatives au lieu de résidence de l'adhérent : La personne assurée désignée ci-dessus ne peut être garantie par le présent contrat qu'à la condition d'avoir sa résidence principale en France.

Limitations relatives à l'âge de l'adhérent : Au jour de l'adhésion au contrat, la personne assurée désignée ci-dessus doit être âgée de 18 au moins et de 70 ans au plus.

Accident : Est considéré comme accident toute action, réaction ou résistance d'un élément extérieur à l'adhérent - à l'exclusion d'une maladie - et résultant d'un événement soudain, imprévu et qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents biologiques ou non, les hernies, les lombagos, les sciatiques et les chocs émotionnels

Assuré(s) :

Les personnes physiques désignées comme telles aux Dispositions Particulières c'est-à-dire :

- L'adhérent, assuré à titre principal,
- Les ayants droit de l'adhérent.

Avenant : Document établi par la Mutuelle constatant une modification du contrat.

Ayant droit :

Au titre du présent contrat, les ayants droit de l'adhérent principal sont :

- son Conjoint,
- leurs enfants

Conjoint : Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhé-

rent, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du Code Civil.

Enfant : Sont considérés comme enfants au titre du contrat, les enfants célibataires, âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans (26 ans s'ils poursuivent des études et sont fiscalement à la charge de l'adhérent). Ils ne peuvent être couverts seuls par ce contrat : un parent au moins doit être assuré.

Déchéance : Perte de vos droits à l'indemnité d'assurance à la suite de l'inobservation de certaines de vos obligations.

Carence : durée qui court du jour de l'adhésion au contrat et pendant laquelle la garantie ne s'applique pas

Échéance : Date à laquelle l'adhérent doit payer la cotisation d'assurance.

Maladie : Toute altération de la santé entraînant une modification de l'état général et pouvant être constatée par une autorité médicale, et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Adhérent ou d'un tiers.

Les hernies, les lombagos, les sciatiques, et les chocs émotionnels, et les grossesses à caractères pathologiques sont considérés comme des maladies.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (Hôpital ou clinique, public ou privé) dû à une Maladie ou un Accident garanti (Cf. paragraphe 5- Exclusions de garantie). 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 la Mutuelle (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ne sont pas couvertes.

2 - OBJET DE LA GARANTIE, DUREE ET MONTANT DE L'INDEMNITE GARANTIE

La garantie du contrat prévoit le versement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation de l'assuré :

- a lieu pendant la durée de validité de la garantie,
- et est la conséquence directe et immédiate d'un accident ou d'une maladie garanti survenu ou constaté après la date d'effet de la garantie.

L'adhérent est garanti pour toutes maladies ou accidents survenus ou constatés après l'adhésion de votre contrat.

Durée de l'indemnisation

Cette indemnité est versée :

- A partir du 1^{er} jour d'hospitalisation **dans la limite d'une période maximum de 3 ans (1 095 jours)**, lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident et sous réserve **que sa durée soit supérieure ou égale à 24 heures consécutives**,
- A partir du 1^{er} jour en cas d'hospitalisation due à une maladie dans la limite **d'une période maximum de un an (365 jours)** sous réserve **que la durée de l'hospitalisation soit supérieure ou égale à 48 heures consécutives**,

Plusieurs Hospitalisations successives de l'adhérent pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de 60 jours.

Montant de l'indemnisation

Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire choisi par l'adhérent principal est indiqué sur les Dispositions Particulières.

Si la formule couple ou la formule famille est souscrite, le montant des indemnités journalières souscrit par le conjoint est identique à celle de l'adhérent principal.

Si la formule famille est souscrite, les enfants figurant au certificat d'adhésion bénéficient de la garantie et le montant de l'indemnité journalière

versé en cas d'hospitalisation est égal à 50 % du montant de l'indemnité journalière de l'adhérent principal

Le montant de l'indemnité journalière est doublé, pour l'adhérent principal et/ou son conjoint assuré, en cas d'accident lorsque le lieu d'hospitalisation est situé à plus de 300 kilomètres du domicile principal.

L'indemnité est également doublée si l'adhérent principal et son conjoint assuré sont hospitalisés simultanément, à la suite d'un même accident. Le doublement des indemnités sera appliqué pendant toute la durée de l'hospitalisation simultanée.

Lorsque la formule famille est souscrite, les enfants ne bénéficient pas du doublement en cas d'accident.

Le doublement de capitaux en cas d'éloignement et celui prévu en cas d'hospitalisation simultanée ne se cumulent pas.

3 – CONDITIONS D'ADHESION

L'admission à la présente assurance en qualité d'adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association ASPE ;
- être âgée de 18 à 70 ans, l'âge étant calculé par différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance ;

4 – MODALITES D'ADHESION

Le demandeur après avoir pris connaissance de la présente Notice d'information, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Toute adhésion au contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'Association ASPE dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée à chaque échéance principale. A ce titre, l'adhérent recevra une copie des statuts de l'Association.

5 - RÉSILIATION DE L'ADHESION

5.1 – PERSONNES GARANTIES

L'adhérent doit résider en France métropolitaine et être âgé à l'adhésion entre 18 et 70 ans inclus. Il a la possibilité d'ajouter au contrat ses éventuels ayants droit, parmi son conjoint et/ou ses enfants (cf. paragraphe 1 – DEFINITIONS).

5.2 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature par l'adhérent du bulletin d'adhésion.

Le contrat produit ses effets à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation et de l'absence de renonciation au mode de prélèvement par SEPA de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet.

La date d'échéance de l'adhésion est fixée à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat. L'adhésion est reconduite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance de l'adhésion ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « Résiliation de l'adhésion » et au plus tôt le jour suivant la date de conclusion du contrat à zéro heure.

5.3 - CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- à la date de résiliation de l'adhésion,
- au 75ème anniversaire de l'adhérent,
- au jour du décès de l'adhérent
- au jour de la perte de la qualité d'assuré

Les garanties prennent fin à l'égard des enfants mineurs de l'adhérent au plus tard à leur 18ème anniversaire (26 ans s'ils poursuivent des études et sont fiscalement à la charge de l'adhérent). Pour continuer à être assurés après cet âge, ils devront adhérer individuellement à un contrat de même nature.

5.4 - TERRITORIALITÉ ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Les garanties sont acquises en France métropolitaine et dans les autres pays du monde entier lors de séjours de moins de 3 mois.

En cas d'hospitalisation en dehors de l'Union Européenne, de la Suisse, de la Norvège et de l'Islande, la prise en charge sera limitée à 30 jours pour une hospitalisation liée à un même événement garanti (accident ou maladie).

Les sommes dues par la Compagnie seront payables en France métropolitaine et en euros.

5.5 - MODIFICATION DU CONTRAT

> Modification des garanties

L'assuré peut à tout moment demander à modifier le montant de la garantie en adressant un courrier dans ce sens à la Mutuelle ou à son délégataire.

En cas d'augmentation du montant de l'indemnité souscrite, ce changement prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat qui suivra la réception de la demande par nos services.

En cas de diminution de l'indemnité garantie, le changement prendra effet à l'échéance mensuelle suivante.

> Ajout ou retrait d'ayants droit

Si l'adhérent désire étendre la garantie à une personne (conjoint ou enfant) non prévue, il devra fournir tous les renseignements nécessaires la concernant.

Cette extension se matérialisera par un avenant au contrat et le nouvel ayant-droit de la garantie se verra appliquer les délais d'attente franchises de garantie applicables à une adhésion initiale.

Si une des personnes garanties par l'adhésion initiale ne remplit plus les conditions requises (d'âge ou de résidence par exemple), la garantie cesse de plein droit.

Toutefois, l'assuré devra porter cet élément à la connaissance de la Mutuelle afin que le contrat soit aménagé en fonction des nouvelles conditions.

Si la formule famille est souscrite, le conjoint survivant prend la qualité d'adhérent principal en cas de décès de l'adhérent principal initial.

Toute demande de modification de l'adhésion sera adressée à :

POP Santé

1050 Chemin des Exquerts - CS60039 84170 MONTEUX.

5.6 - INFORMATIONS À COMMUNIQUER EN COURS DE CONTRAT

L'Assuré devra communiquer en cours de contrat, par courrier recommandé à la Mutuelle, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications de la Mutuelle seront valablement adressées au dernier domicile connu de l'adhérent.

6 – RESILIATION DE L'ADHESION

6.1 - 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 l'adresse suivante : POP Santé - 1050 Chemin des Exquerts - CS60039 84170 MONTEUX. Lorsque la résiliation est du fait de la Mutuelle, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

6.2 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Notre garantie reste acquise pour toute hospitalisation en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

6.3 - RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à la Mutuelle, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,

- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- en cas de diminution du risque si la Mutuelle ne consent pas à réduire

le montant de la cotisation en conséquence, dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

6.4 - RÉSILIATION PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L221-8 du Code de la Mutualité), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie. La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

6.5 - RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT OU LA MUTUELLE

L'adhérent ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion :

- en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 221-17 du Code de la Mutualité), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour la Mutuelle.
- La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

6.6 - RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de retrait de l'agrément administratif de la Mutuelle
- en cas de décès de l'adhérent. 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.

7 – EXCLUSIONS DE GARANTIE

Ne sont pas garanties les conséquences des accidents, maladies ou blessures :

- Survenus en dehors de la période de validité du contrat ;
 - Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
 - Dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 50 cm³ ;
 - Dus à l'ivresse ou au délire alcoolique de l'Assuré (lorsque l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du code de la route et relevant des délits), à l'usage par lui de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
 - Résultant d'une pandémie ;
 - Causés par la tentative de suicide de l'Assuré ;
 - Provoqués par la guerre étrangère (l'Assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait) ;
 - Provoqués par la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense) ou crimes, la grève, le lock-out (la Mutuelle doit prouver que le sinistre résulte de l'un de ces faits) ;
 - Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
 - Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;
 - Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport professionnel ou d'un des sports suivants : la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, le parachutisme et l'aéronef sous toutes ses formes, les compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur ainsi que leurs essais.
- En outre, la garantie ne couvre pas le risque de maternité.

Sont, en outre, exclus du bénéfice de la garantie :

- Toute personne qui aurait causé ou provoqué intentionnellement le sinistre ;
- Toute personne membre des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

Ne sont pas garanties les hospitalisations :

- à domicile ;
- dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des maladies cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépato-digestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;
- dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gériatrie ou de gérontologie et pour personnes âgées dépendantes, établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose, en services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;
- dues à une maladie psychique, à un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;
- dues à l'état de grossesse, les accouchements et leurs suites (sauf ceux occasionnés par un accident), une interruption volontaire de grossesse ;
- dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;
- dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un accident garanti ;
- dues à l'usage de stupéfiants ou drogues, non prescrits médicalement ;
- dues à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
- dues aux cures de désintoxication, de sommeil et d'amaigrissement.

8 – COTISATIONS

8.1 MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation due au titre du présent contrat est celui figurant sur le bulletin d'adhésion. Celui-ci évolue en fonction de l'âge de l'adhérent et des ayants-droits. L'âge de chaque assuré est déterminé à l'adhésion en fonction de la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de son année de naissance.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par la Mutuelle, en fonction des résultats du contrat et prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat.

Indépendamment des éventuelles évolutions tarifaires liées aux résultats techniques, la cotisation globale se verra appliquer une augmentation contractuelle de 2% à chaque échéance annuelle.

8.2 DATES ET MODALITES DE PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable selon les modalités choisies par l'adhérent principal (périodicité et mode de paiement) et figurant sur le certificat d'adhésion.

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège social de la Mutuelle ou auprès de tout organisme il aurait délégué l'encaissement. Le paiement de la cotisation s'exécute annuellement par chèque ou mensuellement par prélèvement SEPA.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Toute modification au contrat sera notifiée à l'adhérent, au moins trois mois avant sa prise d'effet. Le consentement de chaque adhérent à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, il est précisé que ce consentement 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 formée auprès de la Mutuelle de la part de l'adhérent dans les trente jours suivant son exécution.

8.3 SANCTION DU DEFAUT DE PAIEMENT

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'adhérent est informé par une lettre recommandée de mise en demeure que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion. Cela entraînera :

- La suspension des garanties du contrat si l'intégralité de la cotisation restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours
- La résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenue dans les 10 jours suivants la suspension des garanties (article L221-8

9 - SINISTRE**9.1 - DÉCLARATION DE SINISTRE**

Sauf cas fortuit ou de force majeure, les hospitalisations doivent être déclarées par l'adhérent, ses ayants droit, ou toutes personnes agissant au titre de ce contrat dans un délai de trente (30) jours ouvrés après qu'ils en ont eu connaissance.

En cas de non-respect de ce délai, la Mutuelle n'opposera pas la déchéance pourvu qu'il lui soit prouvé que la déclaration a été adressée aussi vite qu'il était raisonnablement possible de le faire et dans tous les cas dans un délai maximum de 60 jours après la date de l'accident ou de l'hospitalisation.

Pour déclarer le sinistre, il suffit d'écrire à l'adresse suivante :

POP Santé

1050 Chemin des Exquerts - CS60039 84170 MONTEUX.

Il sera envoyé en retour un formulaire de déclaration que l'adhérent devra retourner à POP Santé dûment complété et signé en y joignant tous les documents ou pièces justificatives suivantes :

- La copie du bulletin d'adhésion
- Le compte-rendu d'hospitalisation
- Le bulletin d'hospitalisation

La Mutuelle se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

Dès la sortie de l'établissement hospitalier, la facture ou tous les justificatifs seront adressés dans les meilleurs délais à POP Santé : ils devront obligatoirement indiquer le service et le nombre de journées d'hospitalisation. Ces formalités et obligations ont pour but de hâter le règlement du dossier.

9.2 - CONTRÔLE ET EXPERTISE MÉDICALE

Le médecin conseil de la Mutuelle ou son représentant devra avoir, sauf opposition justifiée, libre accès auprès de la personne hospitalisée, pendant et après l'hospitalisation. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée, entraîne pour l'adhérent la déchéance au droit de l'indemnité.

Sous peine de déchéance, l'adhérent doit se soumettre à tous les examens que la Mutuelle jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Les médecins et délégués missionnés par la Mutuelle auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'adhérent pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné par la Mutuelle doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'adhérent doit toujours indiquer à la Mutuelle l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident atteignant l'adhérent hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

9.3 - PAIEMENT DES INDEMNITÉS GARANTIES

Le règlement interviendra dès que possible et au plus tard dans les 15 jours qui suivent la date de l'accord. Pour toute hospitalisation supérieure à 30 jours, des acomptes pourront être versés à la demande de l'assuré à la condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives.

10.1 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 221-11, L 221-12 du Code de la Mutualité :

« 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 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.

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 aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

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

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.

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

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.

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.

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.

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

10.3 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : POP Santé – 1050 Chemin des Exquerts – CS60039 – 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 : Mutuelle Générale de la Distribution, 15 rue du Faubourg Montmartre –

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 de l'adhésion, 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 la Mutuelle.

10.4 - PROCÉDURE DE MÉDIATION

En qualité de membre de la Fédération française de l'assurance, la Mutuelle Générale applique la charte de la Médiation mise en place au sein de cette fédération.

Si un litige persiste entre l'adhérent et la Mutuelle après l'examen de sa demande par le service réclamations, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la FFA en écrivant à :

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

La saisine du médiateur peut également être effectuée en remplissant un formulaire en ligne sur le site de la FFA à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Accueil>

Cependant, il est précisé que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de la demande de l'assuré et y ait apporté une réponse.

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

10.5 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, la Mutuelle Générale de la Distribution est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

POP SANTE, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitement nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les traitements appliqués à vos données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée, y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p>
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que la Mutuelle met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par FMA ASSURANCES. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de la Mutuelle, de son délégataire de gestion, ou de FMA ASSURANCES. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

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 obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités de la Mutuelle Générale de la Distribution, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

La politique de la Mutuelle Générale de la Distribution :

La Mutuelle Générale de la Distribution a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors de la Mutuelle Générale de la Distribution par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

La politique de Pop Santé

Pop Santé a adopté une charte interne en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les datas center sur lesquels sont hébergés vos données sont situés en France.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,

- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,

- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,

- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,

- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'ave-

nir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie,

- droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

dpo@popsante.fr ou à POP SANTE – A l'attention du Délégué à la protection des données personnelles - 1050 chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

dpo@lamgd.com ou à l'adresse postale suivante Mutuelle Générale de la Distribution - DPO – 15 rue du Faubourg Montmartre, 75009 Paris.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le gestionnaire, à POP SANTE – Délégué à la protection des données personnelles – 1050, chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX ou à l'adresse électronique dpo@popsante.fr

Pour la Mutuelle, à Mutuelle Générale de la Distribution – Délégué à la protection des données personnelles –

15 rue du Faubourg Montmartre ou à l'adresse électronique dpo@lamgd.com

10.6 – DROIT DE RENONCIATION

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance selon les modalités ci-après :

En cas de démarchage à domicile

Conformément à l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, "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 14 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 221-18-1 du Code de la Mutualité l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant les délais de 14 jours précités.

« Je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent), demeurant (domicile principal), désire bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion au contrat PROTEGO N° (numéro d'adhésion) effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), conformément à l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité.

Fait à (lieu de la signature), le (date de la signature) « Signature ».

En cas de vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.221-18 du Code de la Mutualité et L.121-6 du Code de la Consommation, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de «une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat».

Conformément à l'article L.221-18-1 de Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion.

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

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse suivante :

POP SANTE
CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts
84170 MONTEUX

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Nom, Prénom _____
Adresse _____
N° du contrat Protego + _____
Mode de paiement choisi _____
Montant de la cotisation déjà acquittée _____ €
Madame, Monsieur, Conformément aux dispositions de l'article L.221-18-1 de Code de la Mutualité, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat PROTEGO+ citée en référence conclue en date du _____.
Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____, à _____
Signature de l'adhérent

La Mutuelle rembourse la cotisation perçue de l'adhérent en application du contrat, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées. Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par la Mutuelle de la notification de la renonciation.



FMA Assurances - SAS au capital de 841 324 euros - Société de Courtage en Assurances - Siège social : Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex - RCS Nanterre 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, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr). FMA Assurances exerce son activité en application de l'article L 521-2 II b du code des assurances et ne propose pas de service de recommandation personnalisée. La liste des compagnies d'assurances partenaires est disponible sur www.fma.fr et fournie préalablement à toute souscription. Réclamation : FMA Assurances, Service Réclamation, Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex. Médiation : La Médiation de l'Assurance - Pole CSCA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 (www.mediation-assurance.org).

Mutuelle Générale de la Distribution (MGD) : Mutuelle Régie par le livre II du code de la Mutualité inscrite au répertoire SIREN sous le n° 429 211 469, 15 Rue du Faubourg Montmartre – 75009 PARIS