

SANTÉ

APESIA SÉNIOR

CONTRAT RESPONSABLE

NOTICE D'INFORMATION

Référence : NI SANTE – APESIA - A 5997

 Contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative
 01/2023

Contrats N° A 5997 0001 à A 5997 0006

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

 Le produit - le contrat
 L'adhésion au contrat

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 garantie
- 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 Protection des données à caractère personnel

CHAPITRE 3

LES GARANTIES

- 3.1 Le cadre juridique
- 3.2 L'objet du contrat

- 3.3 Ce que garantit le contrat
- 3.4 La modification des garanties
- 3.5 L'étendue territoriale des garanties

CHAPITRE 4

LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

- 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

PRÉAMBULE

I. Le produit – Le contrat

APESIA SÉNIOR est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les conventions n° A5997 0001, A5997 0003 et A5997 0005 sont éligibles aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin).

Le Contrat APESIA SÉNIOR est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

S.A. au capital de 150 000 000 euros

Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre - désigné ci-après « l'assureur » ou « SWISSLIFE »

Par :

Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)

Association loi 1901

Siège social : 7 Rue Belgrand – 92300 LEVALLOIS PERRET

Elle est dénommée ci-après « l'association » ou « l'AGIS ».

Le contrat APESIA SÉNIOR a été développé et négocié par FMA Assurances, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif

via son propre réseau commercial.

FMA Assurances

SAS de Courtage d'assurances au capital de 841 324 euros
Siège social : Immeuble Colisée Gardens, 8-14 Avenue de l'Arche
92419 Courbevoie Cedex
RCS de Nanterre N° : 429 882 236 Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 12068209

L'association 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 APESIA SÉNIOR est régi par le Code des assurances français.

Le contrat APESIA SÉNIOR entre l'Association A.G.I.S et l'assureur prend effet le 01/08/2020, 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'Association 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 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.

Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

L'assureur a confié la gestion des adhésions à :

POP Santé

Société de courtage en assurances et de gestion de Contrats d'assurance au capital de 40 000 € immatriculée à l'Orias sous le numéro 07027890
Siège social : Immeuble Le Saphir - 477 avenue Jules Verne
84700 SORGUES - RCS d'Avignon N° : 429 47631

Désigné ci-après « le délégataire » ou « POP Santé ».

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion des adhésions 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.

II. L'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat est :

- › régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. 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 retenue, 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.
- La fiche IPID (document d'information standard sur le produit d'assurance).

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.

// Adhérent

La personne adhérent à l'Association A.G.I.S et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

// Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat APESIA SÉNIOR est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

// Assuré(s) ou Ayants droit

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

// Avenant

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

// 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.

// 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 délégataire de gestion, FMA-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 retenue, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

// Chambre particulière

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure et que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (a minima une nuitée).

// Conjoint

On entend par conjoint :

- 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.

// Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

// Date anniversaire de l'adhésion

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année).

// 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 des événements 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.

// Demande d'adhésion

Document remis à la personne désirant adhérer au contrat APESIA SÉNIOR avant la signature du contrat. La demande d'adhésion sert de base à la collecte des informations nécessaires à l'appréciation du risque à assurer par l'assureur. Ce document n'engage ni l'assureur ni le candidat à l'assurance. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance a pris effet, la proposition engage l'assuré et une déclaration inexacte entraîne des sanctions prévues au contrat et par la loi.

// 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.

// 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.

// Échéance 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 chaque année à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

// Enfants

Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 18^{ième} anniversaire. Elle pourra être prolongée, sur demande de l'adhérent et s'ils sont toujours à charge fiscale de l'adhérent, jusqu'à la fin de l'année suivant leur 25^e anniversaire s'ils poursuivent des études et sont couverts par un régime de Sécurité sociale, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou se trouvent sous contrat d'apprentissage sous réserve de l'acquittement de la cotisation Enfant. L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

// Établissements médico-sociaux

Établissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

// France

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

// Forfait annuel

Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

// 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 complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

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 ne sont pas prises en charge par le contrat.

// **Honoraire limite de facturation (HLF)**

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

// **Hospitalisation**

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. 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.

// **Long séjour**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

// **Maladie**

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

// **Maternité**

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

// **Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

// **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).

// **Parcours de soins**

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

// **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^{ème} mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire 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.

// **Plafond annuel de remboursement**

Seuil limite annuel de la prise en charge de l'assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

// **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.

// **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

// **Régime obligatoire - RO**

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

// **Résiliation**

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

// **Service spécialisé**

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

// **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.

CHAPITRE 2**LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION****2.1 Les personnes assurées**

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- adhérer à l'Association A.G.I.S,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être assujéti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans (40 ans pour le conjoint le cas échéant) et de moins de 85 ans (80 ans pour les formules 4 à 6 et les deux renforts des formules COMPLETES),

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

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre conjoint et vos enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de votre régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), vous adhérez à la convention :

- n° A 5997 0001 pour les formules ECO
- n° A 5997 0003 pour les formules ESSENTIELLES
- n° A 5997 0005 pour les formules COMPLETES

Vous vous engagez également à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base

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 : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base (vous ne pouvez retenir une formule renfort différente de celle de la formule de base que vous aurez retenue),
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.

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

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. 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.

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, via FMA Assurances.

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 au contrat APESIA SÉNIOR s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par FMA Assurances:

› Adhésion par écrit sur support papier

La demande d'adhésion complétée et signée doit être adressée à FMA Assurances - Service souscription - TSA 67192 - 92894 - NANTERRE Cedex 9, le cas échéant, 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 des différents entretiens téléphoniques, 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 APESIA SÉNIOR, et acceptation de l'assureur via FMA- Assurances, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site, via votre espace personnel mis à votre disposition auprès de POP Santé.

Ces adhésions s'effectuent dans le respect de l'Avis du Comité consultatif du secteur financier sur le démarchage téléphonique en assurance du 19 novembre 2019.

› Adhésion via le site Internet de FMA Assurances

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez en réponse aux demandes d'information sur le site internet 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 attesté par voie de signature électronique sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat APESIA SÉNIOR, et acceptation de l'assureur via FMA Assurances, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site, via votre espace personnel mis à votre disposition auprès de POP Santé.

Vous ne pouvez donner votre consentement à l'adhésion au contrat que si les informations pré contractuelles (Fiche IPID et notice d'information du contrat) vous ont été remises et que vous avez pris connaissance des modalités mentionnées dans ces documents préalablement à votre accord. Il vous sera donc demandé de valider cette prise de connaissance des informations contenues dans ces documents lors de la procédure d'acceptation.

2.3 L'âge limite d'adhésion

Âge limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties :

- 85 ans pour les formules 1 à 3
- 80 ans pour les formules 4 à 6 ainsi que les deux renforts des formules COMPLETES

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

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) 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 garantie

Le contrat APESIA SÉNIOR propose une large gamme de formules de garantie permettant de répondre à vos besoins et attentes.

Il est composé de 3 options comportant elles même plusieurs formules à votre choix :

- › L'option ECO avec ses 2 formules,
- › L'option ESSENTIELLE avec ses 6 formules,
- › et l'option COMPLETE avec ses 6 formules pouvant, chacune d'entre elles, être renforcées par l'un des deux renforts proposés.

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 vos ayants droit inscrits au courant.

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, via FMA Assurances.

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.

2.6.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance principale chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, 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 sont acquises immédiatement et sans délai d'attente.

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,
- et au plus tard lors de son 67^e anniversaire pour la garantie « Coup dur ».

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 (art. L 113-3).

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.

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 :

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois. Puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

Si vous avez choisi l'une des formules de garanties «ECO», vous avez la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat n° A 5997 0001 à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance, sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de votre demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.

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 ;
- déménagement de l'assuré hors de France ou fixation de sa résidence fiscale à l'étranger ;
- 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 dispositions de ces textes.

2.9.3 De plein droit

- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent ;
- lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes) ;
- 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 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.

2.9.4 Modalités de la résiliation

Vous pouvez résilier votre adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de votre demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

Adresse postale :
POP Santé
TSA 67192
92894 - NANTERRE Cedex 9

Adresse courrier électronique :
gestionsante@popsante.fr

› Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 du Code des postes et communications électroniques : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- 1°// Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2°// Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3°// Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4°// La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5°// La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via POP Santé, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

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

	DÉMARCHAGE À DOMICILE	VENTE À DISTANCE
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. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
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 rétractation 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 certificat d'adhésion). 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	<p>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 APESIA SÉNIOR N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signé le (<i>date</i>).</p> <p>(<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 période de garantie.</p> <p>(<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.</p> <p>(<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).</p>	
PERTE DE LA FACULTÉ DE RENONCIATION	Si l'adhérent La connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
CONSÉQUENCES DE LA RENONCIATION	<p>La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>L'assureur procèdera 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.</p> <p>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.</p>	<p>Si l'adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès a conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondante à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.</p> <p>Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.</p>
ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES	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

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties.

Indexation : Le montant de votre cotisation évolue également contractuellement, à chaque échéance principale en fonction de l'âge des assurés :

- de 2% pour enfant et de 40 à 54 ans pour les conjoints
- de 2,50 % de 55 à 75 ans ;
- de 3,0% de 76 à 80 ans ;
- de 4,00% à partir de 81 ans.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou du Régime Obligatoire d'un des assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte la différence de millièmes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

2.11.2 La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, 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 toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

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 la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances.

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, nonobstant 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 ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 majeurs 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 aux articles L. 121-12 et L. 131-2 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 commercial.
Votre deuxième contact : le service réclamations
Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations :

POP Santé - Service Réclamations - TSA 67192 - 92894 - NANTERRE Cedex 9,

ou par courrier électronique à reclamation@fma.fr.

› 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 Protection des données à caractère personnel

2.16.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la gestion et l'exécution du Contrat les données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par FMA Assurances, POP Santé ainsi que par SWISS LIFE en leur qualité de responsable conjoint de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance.

FMA Assurances et POP Santé en sa qualité de Courtier et délégué de gestion, détermine quant à lui les bases légales des traitements nécessaires à la fourniture d'un conseil assurantiel adapté et à la proposition de contrats répondant à chaque situation ainsi qu'à la gestion de la relation commerciale et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle des traitements.

La relation entre FMA Assurances et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mises à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

2.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

FINALITÉ DU TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES	FONDEMENT LÉGAL PERMETTANT LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT
FINALITÉ 1	
Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées	
<ul style="list-style-type: none"> › Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés › Elaboration des statistiques et études actuarielles › Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque › Exécution des garanties des contrats › Gestion des contrats et Gestion des clients › Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
<ul style="list-style-type: none"> › Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<ul style="list-style-type: none"> › Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis

- › Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude

- › Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).

- › Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur
- › Conduite d'activités de recherche et développement
- › Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service

- › Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.

FINALITÉ 2

Prospection commerciale

- › Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance
- › L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance

- › Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres.
- › Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9.2-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

2.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein grès, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

2.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, pres-tataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints.

Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales.

SWISS LIFE, FMA Assurances et POP Santé favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne.

Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

2.16.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

2.16.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si l'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime.

Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment et sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par courrier, SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser aux Délégués de la Protection de données –DPO - de FMA POP Santé et SWISSLIFE dont les coordonnées sont mentionnées ci-dessous.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement au- près de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ([https:// www.cnil.fr/](https://www.cnil.fr/)).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

2.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ce dernier aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le Distributeur FMA Assurances, par courrier postal à l'adresse suivante : FMA Assurances - DPO - Immeuble Colisée Gardens - 8 - 14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie ou par e-mail à l'adresse sui- vante : dpo@fma.fr
- Pour le délégataire de gestion POP Santé, par courrier postal à l'adresse suivante : POP Santé - DPO - TSA 67192 - 92894 - NANTERRE Cedex 9, ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@popsante.fr

CHAPITRE 3

LES GARANTIES

3.1 Le cadre juridique

Les garanties du contrat sont dites «responsables». Elles respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier de aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur. Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'adhérent et dans le respect des obligations des minima/ maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités. En ce sens, Il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minima mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Rappel des interdictions de prise en charge :

Le contrat responsable :

- ne peut pas prendre en charge 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,
- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

3.2 L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir, dans le cadre de chacune des formules de garantie proposées par le contrat APESIA SÉNIOR, le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.)

3.3 Ce que garantit le contrat

3.3.1 La garantie santé

↳ Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :

- dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie retenue par l'adhérent
- et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de la participation qui y

est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

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 prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation 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.

Ces remboursements sont garantis sous réserve, d'avoir fait l'objet de facturation ou dépenses effectives avant la date de résiliation.

3.3.2 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

3.3.3 Les garanties annexes et accessoires

3.3.3.1 Le bonus fidélisation

A compter de la 3^{ème} année d'adhésion, les prestations des postes listés ci-après bénéficient, d'un remboursement supplémentaire de 25% de la Base de remboursement du régime obligatoire :

- Hospitalisation
- Médecine courante (hors pharmacie)
- Optique
- Dentaire
- Autres prothèses et appareillages

Le remboursement des actes s'effectuera dans les limites du contrat responsable. En conséquence, les honoraires des praticiens Non OPTAM/ OPTAM-CO, qu'ils soient réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier, seront limités à 200% de la base de remboursement du régime obligatoire.

3.3.3.2 La garantie « Coup dur » en cas de maladie grave

La garantie du contrat prévoit également dans le cadre des différentes formules de l'option COMPLETE le versement d'un forfait en cas de survenance pendant la période de garantie et avant le 67^e anniversaire de l'assuré, de l'une des cinq maladies graves : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, ou dès qu'une greffe d'organe est réalisée.

Le diagnostic de la maladie devra avoir été posé pendant la période de garantie et être reconnu par l'assureur.

Le montant du forfait correspondant à la formule de garantie souscrite est mentionné sur le tableau des garanties.

3.3.3.3 Les garanties d'Assistance

En complément de la garantie principale santé du contrat les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Ces garanties et services sont souscrits dans le cadre d'une convention auprès de FRAGONARD ASSURANCES sous le N° 922121.

FRAGONARD ASSURANCES
SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

3.3.3.4 La garantie « Biens santé »

En complément de la garantie principale santé du contrat les assurés ayant souscrit les formules ESSENTIELLES et COMPLETEES bénéficient d'une assurance qui couvre le montant des réparations ou coût du remplacement des équipements optiques, des prothèses dentaires et de biens santé connectés en cas de dommage accidentel souscrite auprès de AIG Europe SA dans le cadre d'une convention sous le n°2.500.337-002 AIG Europe SA Compagnie d'assurance immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est sis 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg, <http://www.aig.lu/>. AIG Europe SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Succursale pour la France Tour CB21 - 16 place de l'Iris 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 - Téléphone : +33 1.49.02.42.22 - Facsimile : +33 1.49.02.44.04 AIG Europe

SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Le rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière d'AIG Europe SA est disponible sur le site <http://www.aig.lu/>. La commercialisation de contrats d'assurance en France par la succursale française d'AIG Europe SA est soumise à la réglementation française applicable, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>. Les modalités de cette garantie sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

3.4 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.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion. En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires 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 fidélisation.

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

3.5 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.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

CHAPITRE 4

LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

- 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 au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

- une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale

Elles ne garantissent également pas les frais :

- relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non ;
- de chambre particulière dans le cadre des formules ECO pour les séjours en psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle.

4.2 Les limitations de la garantie santé

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

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

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

L'utilisation de l'attestation 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 attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'assureur 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 son attestation 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

LA MÉDECINE COURANTE

L'HOSPITALISATION

L'OPTIQUE

LE DENTAIRE

LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE

LES APPAREILLAGES

VACCINS NON REMBOURSÉS

LA MÉDECINE NON REMBOURSÉE

GARANTIE « COUP DUR » EN CAS DE MALADIE GRAVE

LES DOCUMENTS ET JUSTIFICATIFS À TRANSMETTRE

Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire

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'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.

L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.

La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée.

La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Certificat médical du médecin traitant et les compte rendu des examens médicaux effectués permettant de poser le diagnostic.

Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement présentée à POP Santé, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte original de ce régime complémentaire.

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.

Les certificats médicaux et comptes rendus des examens médicaux effectués sont à transmettre sous pli fermé confidentiel au médecin conseil de POP Santé.

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

Le médecin-conseil de POP Santé 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, à son attention exclusive.

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.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- L'expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;
- Compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

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, POP Santé pourra refuser le remboursement.

SANTÉ

APESIA SÉNIOR

CONTRAT RESPONSABLE



FMA Assurances - SAS au capital de 787 204 € - Courtier en assurance

Siège social : Immeuble Colisée Gardens, 8-14 avenue de l'Arche, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 429882236 - ORIAS : 12068209

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

Crédit photo : Shutterstock - Création : Agence ValRox Communication.

FMA
assurances