



ASSURANCE DE PERSONNES SANTÉ



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

APESIA FAMILLE

Référence : EQ2043A_NI_07/2019

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE
ARTICLE 2 – RÉGLEMENTATION
ARTICLE 3 – OBJET DU CONTRAT
ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADHESION
ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT
ARTICLE 6 – DECLARATIONS
ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT
ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES
ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE
ARTICLE 10 – GARANTIES
ARTICLE 11 – DELAIS D'ATTENTE
ARTICLE 12 – EXCLUSIONS
ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES
ARTICLE 14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT
ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE
ARTICLE 16 – PRESTATIONS
ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE
ARTICLE 18 – COTISATIONS
ARTICLE 19 – RESILIATION DU CONTRAT
ARTICLE 20 – SUBROGATION
ARTICLE 21 – PRESCRIPTION
ARTICLE 22 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION
ARTICLE 23 – INFORMATIQUE ET LIBERTES
ARTICLE 24 – AUTORITE DE CONTROLE
ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION

Le contrat d'assurance frais de santé APESIA FAMILLE est souscrit par :

FAP

(Fédération Assurance et Protection)

Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901

**Immeuble Colisée Gardens, FMA, 8-14 avenue de l'Arche
92419 COURBEVOIE Cedex**

Auprès de l'assureur :

L'ÉQUITÉ

SA au capital de 26.469.320 euros, Entreprise régie par le Code des assurances - 572 084 697 RCS Paris. Siège Social : 2 rue Pillet-Will 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

L'assureur délègue la gestion des contrats au gestionnaire :

POP SANTÉ

1050 Chemin des Exquerts - CS60039 - 84170 MONTEUX

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE

Le contrat d'assurance frais de santé APESIA FAMILLE est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des Assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Les contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative individuelle APESIA FAMILLE sont gérés dans le cadre de la convention N° AQ 001 274 pour les produits suivants:

- **APESIA FAMILLE option COMPLETE**
- **APESIA FAMILLE option COMPLETE - Adhésion dans le cadre de la loi Madelin**
- **APESIA FAMILLE option ESSENTIELLE**
- **APESIA FAMILLE option ESSENTIELLE - Adhésion dans le cadre de la loi Madelin**

Le contrat groupe se compose des documents suivants :

- la convention n° AQ 001 274 ,
- la présente Notice d'informations, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'assuré, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.
- L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat 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.

ARTICLE 2 – RÉGLEMENTATION

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et /ou règlements édictés par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Le présent contrat ne couvre pas, et ne saurait imposer à l'assureur de fournir une garantie, payer un sinistre, ou accorder quelque couverture ou prestation, relativement à des risques situés en Crimée, République Populaire Démocratique de Corée (Corée du Nord), en Iran, au Venezuela et / ou en Syrie.

ARTICLE 3 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat APESIA FAMILLE a pour objet le versement de prestations complémentaires à celles du Régime Obligatoire pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité engagée par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s).

Le contrat APESIA FAMILLE est composé de 2 options (OPTION COMPLETE et ESSENTIELLE) et a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation constatés médicalement, et occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie ;
- maternité ;
- accident.

Chaque option est constituée de 6 formules de garanties à votre choix.

En complément de l'option COMPLETE, vous pouvez souscrire au contrat APESIA FAMILLE - option sur-complémentaire proposée à partir de la formule 4 COMPLETE.

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

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées aux dispositions personnelles. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

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

ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADHESION

Pour bénéficier des garanties l'adhérent devra :

- adhérer à l'association FAP
- résider en France métropolitaine,
- être majeur civilement responsable,
- être assujéti à un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français en tant qu'assuré principal ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 65 ans inclus.

L'adhérent, après avoir reçu et pris connaissance des présentes dispositions générales et du tableau des garanties, remplira avec soin une demande d'adhésion

Il devra désigner ses ayants droit, parmi :

- son conjoint,
 - personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - son concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale,
 - son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité,
- ses enfants,
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'assuré ou son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficiaire des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005. Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à FMA ASSURANCES

dans les 90 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire

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

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

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

ARTICLE 5 – PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion est réputée conclue à la date d'émission du certificat d'adhésion. La date d'effet du contrat est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est fixée au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités précisées au paragraphe « RESILIATION DU CONTRAT » ci-après. A l'exception des cas visés aux articles L.113-3, L.113-9 et L.326-12 du Code des Assurances.

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

ARTICLE 6 – DECLARATIONS

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

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

6.1 - A l'adhésion

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

6.2 - En cours de contrat

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

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à un an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs
- Les changements ou cessation d'affiliation d'un des bénéficiaires à un régime obligatoire,

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

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

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

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'Assureur

conformément aux dispositions de l'article «COTISATIONS». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'assuré, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites à l'adresse suivante :
POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX

Ces événements doivent être signalés dans un délai de 30 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

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

ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019).

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

ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES

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

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

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

ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

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 sur la base du tarif de convention. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France métropolitaine et en euros.

ARTICLE 10 – GARANTIES

10.1 - Ce que garantit le contrat

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

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

10.2 - Le remboursement des frais médicaux

Avec la réforme du 100% santé, vous serez progressivement remboursés en totalité de certaines prestations en optique, audiologie et dentaire .

Ces prestations sélectionnées et de qualité seront à choisir dans des paniers de soins et cette prise en charge intégrale entrera progressivement en application en 2020 pour l'optique et le dentaire et en 2021 pour les audio-prothèses.

L'hospitalisation

- les frais de séjour ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière (sauf pour une hospitalisation ambulatoire) pour une durée illimitée ; selon l'option retenue,
- le remboursement des frais d'accompagnement, dans les limites du plafond journalier prévu.

Le dentaire

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

Selon la formule choisie, il peut être prévu sur le poste dentaire un plafond de remboursement par an et par bénéficiaire (hors soins et orthodontie). Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au certificat d'adhésion de l'adhérent. **Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.**

L'optique

- les verres ;
- la monture ;
- les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale ;
- la chirurgie réfractive, selon l'option et la formule retenues.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le Ticket modérateur est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

La médecine courante

- les consultations et visites ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- les médecines douces non remboursées (osthéopathie, chiropractie, éthiopathie, homéopathie, podologie, pédicure, diététicien, naturopathe, acupuncture) si prescrites sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

- les médicaments et l'homéopathie remboursés par la Sécurité sociale.

La pharmacie non remboursée

- les vaccins et médicaments non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin.

Les prothèses et les appareillages

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

Les cures thermales

- les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale. L'option COMPLETE prévoit le remboursement, dans la limite du plafond mentionné pour chaque formule, des frais de transport et d'hébergement que la cure thermique soit prise en charge ou non par le régime obligatoire de l'assuré.

La prévention

Le contrat peut prendre en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée dans le tableau des garanties. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

Forfait de naissance ou d'adoption

Cette garantie, proposée dans le cadre de l'option COMPLETE, prévoit le versement d'un forfait versé à la mère assurée uniquement en cas d'adjonction de l'enfant au plus tard le mois suivant la naissance ou l'adoption.

Le bonus fidélisation

A compter de la 3ème 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.

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.

ARTICLE 11 – DELAIS D'ATTENTE

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré sans aucun délai d'attente sauf, sur les postes « Chambre particulière » et « Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » où le délai d'attente est de 90 jours.

Toute demande de remboursement au titre du poste « Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale » survenue avant l'expiration de ce délai d'attente, interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

Ces délais peuvent être abrogés si l'Adhérent peut justifier avoir bénéficié de garanties au moins équivalentes et résiliées depuis moins de 2 mois à compter de la date d'effet de son adhésion.

ARTICLE 12 – EXCLUSIONS

Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% de la base de remboursement,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».

ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES

13.1 - A l'échéance principale

L'adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de garanties par écrit et au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion, en écrivant à l'adresse suivante : **POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX**

Toutefois, une modification de niveau de garanties ne sera acceptée qu'après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet du contrat ou la date d'effet d'un avenant. S'il s'agit d'une diminution de niveau de garantie, l'écart entre le niveau de garantie avant la modification et celui après la modification ne pourra pas dépasser deux niveaux consécutifs.

13.2 - A l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de l'Assureur, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article « CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE ») : dans ce cas, l'adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Assurés au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à l'assureur de respecter un tel délai.

L'adhérent sera informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. L'adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

Ces modifications sont applicables sous réserve du consentement de l'adhérent dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, le consentement de l'adhérent est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'Assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par l'adhérent, celui-ci peut résilier l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'information (article « RESILIATION DE L'ADHESION »). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

ARTICLE 14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

14.1 - A l'échéance principale

L'adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date échéance principale de l'adhésion, en prévenant l'Assureur au plus tard deux mois avant l'échéance principale de l'adhésion, en écrivant à l'adresse suivante : **POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX**

14.2 - Hors échéance principale

Ajout d'un ayant droit

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

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

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

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union),
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

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

Sortie d'un ayant droit

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

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire).

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

Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être Bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci. Dans ce cas, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

14.3 - Ajustement sur la cotisation

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

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à l'assureur conformément aux dispositions de l'article « 17 – COTISATIONS ». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME DE BASE DE LA SECURITE SOCIALE

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

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

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

ARTICLE 16 – PRESTATIONS

16.1 - Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction du niveau de garanties que l'adhérent a souscrit et qui figure au certificat d'adhésion.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au centre de gestion : **POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX**

Dans les conditions et limites de remboursement du niveau de garanties choisi et mentionné au certificat de souscription, l'assureur peut prendre en charge :

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

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le Régime d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

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

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes seront adressés chaque mois par mail ou par courrier et seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des assurés géré par POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX.

16.2 - Télétransmission

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

Si l'adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à l'adresse suivante : **POP SANTE**

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

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

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

16.3 - Tiers payant

L'adhésion au contrat APESIA FAMILLE permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'assuré est dispensé du paiement du ticket modérateur.

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

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

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

16.4 - Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à POP

SANTE, dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies. (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),

- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,

- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,

- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement de la base de remboursement,

- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,

- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. Pour les lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire, joindre également une ordonnance de moins de deux ans. L'évolution de la vue devra être justifiée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou soit sur la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,

- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,

- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'adhérent,

- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'adhérent,

- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

- La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat si l'assuré consulte un ostéopathe, un chiropracteur, un étio-pathe, un homéopathe, un podologue, un pédicure, un diététicien, un naturopathe ou un acupuncteur, au titre du poste prévention & bien-être,

- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

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

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

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

ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

17.1 - Contrôle des dépenses

Le médecin-conseil peut demander à l'adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

Sous peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

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

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

17.2 - Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront le droit de venir constater l'état de santé de l'adhérent. Dans le cas où l'adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

17.3 - Arbitrage

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que l'assureur a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

ARTICLE 18 – COTISATIONS

18.1 - Montant de la cotisation

La cotisation est fixée aux conditions particulières. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'adhérent, les garanties choisies, l'âge des assurés, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant jusqu'au 5^{ème} inclus. La cotisation totale due par l'assuré correspond au cumul des cotisations de chaque assuré.

18.2 - Variation de la cotisation

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en cas de modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, ajout ou sortie d'ayant droit, modification du régime d'assurance maladie ou en cas de changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

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

18.3 - Révision de la cotisation

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

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

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

18.4 - Paiement de la cotisation

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

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 15 du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement bancaire, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

18.5 - Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur peut - indépendamment de son droit de poursuite en justice - adresser à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Faute de règlement, les garanties seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre. La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précités. Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation sera acquise à titre de dommages et intérêts et l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard qui seront à la charge de l'adhérent.

18.6 - Prélèvement

En cas de rejet d'une cotisation, un courrier sera adressé à l'assuré l'informant que la cotisation rejetée sera de nouveau prélevée le mois suivant. En cas de 2^{ème} rejet de la cotisation, les prélèvements cesseront et l'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, l'assureur pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

18.7 - Loi Madelin

Pour les adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base de la convention référencée n° AQ 001 274. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à POP SANTE une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance.

ARTICLE 19 – RESILIATION DU CONTRAT

19.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation est du fait de l'assuré, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante : **POP SANTE - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX**

Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

19.2 - Conséquences de la résiliation

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

19.3 - Résiliation par l'assuré

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à l'assureur une lettre recommandée au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat de souscription. 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 à laquelle l'adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
- en cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L.113-4 du Code des Assurances), 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.

Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'adhérent se trouve modifié.

19.4 - Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement des cotisations (article L.113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas réglée,
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de l'assuré soit établie (article L.113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

19.5 - Résiliation par l'assuré ou l'assureur

L'adhérent ou l'assureur 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 le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des Assurances), 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'assuré d'une lettre d'information pour l'assureur.

19.6 - Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- 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, une nouvelle offre leur sera proposée, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation,
- en cas de départ de la France métropolitaine, pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

ARTICLE 20 – SUBROGATION

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

ARTICLE 21 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances :

« 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'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'adhérent 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 interromp 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. »

ARTICLE 22 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

22.1 - 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 SANTE

CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts

84170 MONTEUX

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompa-

gnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

L'ÉQUITÉ - Cellule Qualité

75433 Paris Cedex 09

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

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

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

22.2 - Médiation

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

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

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110

75441 Paris cedex 09

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.

ARTICLE 23 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE 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 l'assureur 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 l'assureur, 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 finan-

cement 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 du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires 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 du Groupe Generali :

Le groupe GENERALI 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 du Groupe GENERALI 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 data 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'avenir 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 :

droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de 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 l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles –

TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

ARTICLE 24 – AUTORITE DE CONTROLE

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

ARTICLE 25 – 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 :

25.1 - En cas de démarchage à domicile :

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 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 112-9 du Code des assurances 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 APESIA FAMILLE N° (*numéro d'adhésion*) effectuée en date du (*date de la signature de la demande d'adhésion*), conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances.

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

25.2 - En cas de vente à distance :

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.112-2-1 du Code des Assurances 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.112-2-1 II du Code des assurances, 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, l'assureur 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 APESIA FAMILLE _____
Mode de paiement choisi _____
Montant de la cotisation déjà acquittée _____ €
Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat APESIA FAMILLE 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

L'assureur 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 l'assureur de la notification de la renonciation.