



ASSURANCE DE PERSONNES SANTÉ



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales)

APESIA FAMILLE Surcomplémentaire

Référence : MGD0002A_NI09/2019

SOMMAIRE

CHAPITRE II. SUR-COMPLÉMENTAIRE

ARTICLE 1 - PRÉAMBULE
ARTICLE 2 – OBJET DU CONTRAT
ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHESION
ARTICLE 4 – PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT
ARTICLE 5 – RESILIATION DE L'ADHESION
ARTICLE 6 – DECLARATIONS
ARTICLE 7 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT
ARTICLE 8 – CONDITIONS DES GARANTIES
ARTICLE 9 – ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE
ARTICLE 10 – GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS
ARTICLE 11 – DELAIS D'ATTENTE
ARTICLE 12 – EXCLUSIONS
ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES
ARTICLE 14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT
ARTICLE 15 – COTISATIONS
ARTICLE 16 – PRESTATIONS
ARTICLE 17 – CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE
ARTICLE 18 – SUBROGATION
ARTICLE 19 – PRESCRIPTION
ARTICLE 20 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION
ARTICLE 21 – INFORMATIQUE ET LIBERTES
ARTICLE 22 – AUTORITE DE CONTROLE
ARTICLE 23 – DROIT DE RENONCIATION

L'option de sur-complémentaire souscrit par :

FAP
(Fédération Assurance et Protection)
Association régie par la Loi du 1^{er} 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 :

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

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 **Sur-complémentaire** est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Ce contrat est dénommé ci-après le contrat groupe.

Le contrat groupe est géré dans le cadre de la convention **N° 9055 pour les produits suivants :**

- **APESIA FAMILLE option COMPLETE avec SUR-COMPLEMENTAIRE**
- **APESIA FAMILLE option COMPLETE avec SUR-COMPLEMENTAIRE - Adhés-ion dans le cadre de la loi Madelin**

Le contrat groupe se compose des documents suivants :

- 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 – OBJET DU CONTRAT

L'adhésion au contrat a pour objet le remboursement de prestations frais de santé engagés par les assurés et/ou le(s) ayant(s) droit désigné(s), à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité, en complément de celles déjà versées par le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire dont relève l'assuré.

Par Régime Obligatoire, on entend le régime français d'assurance maladie auquel l'adhérent est obligatoirement rattaché en fonction de sa situation professionnelle.

Par Régime Complémentaire, on entend l'Organisme qui prend en charge les frais de santé en complément des organismes de Régime Obligatoire.

ARTICLE 3 – MODALITÉS D'ADHESION

Pour bénéficier des garanties l'adhérent devra :

- adhérer à l'association FAP
- résider en France métropolitaine, Départements ou Régions d'Outre-Mer,
- 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 bénéficie 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.

Le demandeur peut choisir uniquement un seul niveau de garanties. Le demandeur a nécessairement choisi une complémentaire Santé FMA ASSURANCES APESIA FAMILLE avec une formule 4, 5, 6.

Les garanties choisies seront ensuite identiques pour les ayants droit.

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

ARTICLE 4 – 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.

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 5 – RESILIATION DE L'ADHESION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

5.1 - Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

POP 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.

5.2 - Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- à l'échéance en adressant à la Mutuelle 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, 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.

5.3 - Résiliation par la Mutuelle

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, 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 la Mutuelle.

5.4 - Résiliation de plein droit

Le contrat est résilié de plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de résiliation du Régime Complémentaire de l'adhérent, sans souscription d'une nouvelle couverture. Ce dernier doit alors en informer immédiatement l'assureur par lettre recommandée en joignant le certificat de résiliation de sa complémentaire santé. Ne respectant plus les conditions d'adhésion définies à l'article 2, un nouveau contrat lui sera alors proposé s'il le souhaite, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- en cas de départ de la France pour une durée supérieure à un an. La résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

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 - À 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, la Mutuelle 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 la Mutuelle 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

Compte tenu de la spécificité de la couverture proposée, les garanties du contrat ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (articles L871-1 , R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

Cependant, les garanties ne prennent pas en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales, appliquée par le régime obligatoire et qui restent à la charge de l'adhérent (articles L322-2 du code de la Sécurité sociale). En conséquence, en cas d'évolution de la réglementation liée à ces dispositions, les garanties du contrat feront l'objet de modifications 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 Obligatoire français d'assurance maladie,
- bénéficier d'un Régime Complémentaire, prenant en charge les dépenses de santé en complément de celles du Régime Obligatoire.

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

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, seule est prise en compte la date d'exécution des travaux qui doit être située 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 ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La gamme comporte un niveau de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- En sus des remboursements du Régime Obligatoire et du Régime Complémentaire lorsqu'ils interviennent,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie. Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente notice d'informations, sont exprimés, suivant le cas :
- En pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire :

tarif : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,

• En montant annuel exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie par année d'assurance et par Bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Le tarif en vigueur auquel se réfère l'assureur pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

De convention expresse, l'assureur est de plein droit habilité à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.

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.

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) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de séjour en centres hospitaliers de moyens et longs séjours ainsi que pour les personnes âgées dépendantes,
- de séjour en milieu spécialisé : maison de rééducation, de réadaptation, de diététique, de repos, de convalescence et moyen séjour
- de séjour en établissement psychiatrique, institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement, d'amaigrissement ou esthétique,
- de séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants ou substances analogues,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'adhérent des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions mentionnées à l'article « 7 - CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT ».

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 la Mutuelle

Le contrat peut être modifié sur proposition de la Mutuelle, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires : 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, la Mutuelle 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 « 15 – 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 – COTISATIONS

15.1 - Montant de la cotisation

La cotisation est fixée au certificat de souscription. 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.

15.2 - 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.

15.3 - 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.

15.4 - 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 inexactes 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.

15.5 - Défaut de paiement

Si l'adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle 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.

15.6 - 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.

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

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie et du Régime Complémentaire.

Les prestations sont réglées dans les 48 heures qui suivent soit la remise des justificatifs.

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

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

16.2 - 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 de contrat.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

• Le décompte de remboursements du Régime Complémentaire, sur lequel figurent le montant de la dépense, la base de remboursement du Régime Obligatoire, ainsi que les montants respectifs des remboursements effectués par le Régime Obligatoire et le Régime Complémentaire.

Pour les dépenses non prises en charge par l'un ou l'autre de ces organismes, l'adhérent doit néanmoins communiquer le décompte de remboursement du Régime Complémentaire qui précisera sa non-participation à la prise en charge de la dépense concernée.

• Sur demande, les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés.

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

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

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

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

ARTICLE 17 – CONTRÔLE, PROCÉDURE 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.

À peine de déchéance, l'adhérent doit lui communiquer ces informations, soit

directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

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

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

17.2 - Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par l'assureur auront, à toute époque le droit de constater médicalement 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 la Mutuelle a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

• Chacun des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. Ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

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

En vertu du Code de la Mutualité, 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 19 – PRESCRIPTION

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

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2 - En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

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

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

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

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

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

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

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

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

ARTICLE 20 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION

20.1 - 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 accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Mutuelle Générale de la Distribution
15 rue du Faubourg Montmartre
75009 Paris

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 la Mutuelle.

20.2 - Médiation

En qualité de membre de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, la Mutuelle Générale de la Distribution 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 le Médiateur de la FNMF, en écrivant à :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15.

La saisine du médiateur peut également être effectuée en remplissant un formu-

laire en ligne sur le site de la FNMF à l'adresse suivante : www.mediateur-mutualite.fr.

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 21 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

Identification du responsable de traitement

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

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

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

Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

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

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

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- 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	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
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 financement du terrorisme.

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

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités de la Mutuelle Générale de la Distribution, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite 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 de la Mutuelle Générale de la Distribution :

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

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

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

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

La politique de Pop Santé

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

Aujourd'hui, les data centers 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 condi-

tions 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 :

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

Droit d'introduire une réclamation

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

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

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

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

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

15 rue du Faubourg Montmartre, 75009 Paris ou à l'adresse électronique dpo@lamgd.com

ARTICLE 22 – 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) 4 Place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 09**

ARTICLE 23 – 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 :

23.1 - En cas de démarchage à domicile :

Conformément à l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

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

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

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

23.2 - En cas de vente à distance :

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

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

Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, 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.221-18-1 de Code de la Mutualité, 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.