



ASSURANCE DE PERSONNES
SANTÉ



APESIA FAMILLE / APESIA SENIOR

NOTICE D'INFORMATION
NI 2.500.337/v.01.2022
GARANTIE BIENS SANTÉ

Notice d'information relative au Contrat d'assurance collective de dom-mage, n°2.500.337« Garantie Biens Santé » :

- Souscrit par FMA Assurances, SAS au capital de 841 324 euros, société de courtage en assurances dont le siège social est situé Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 429 882 236 et à l'ORIAS sous le n° 12068209 (ci-après le Courtier) pour le compte des adhérents (et de leurs ayants-droits) au contrat d'assurance santé relevant de la branche 2 de l'Article R. 321-1 du Code des assurances dénommé « APESIA FAMILLE » (et ce quelle que soit l'option choisie) (ci-après le Contrat d'assurance santé)
- Auprès de la société AIG Europe SA, compagnie d'assurance immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806) dont le siège social est sis 35 D Avenue J.F. Kennedy, L-1855, Luxembourg, <http://www.aig.lu/>. AIG Europe SA est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, Tel.: (+352) 22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>. Succursale pour la France Tour CB21 - 16 place de l'Iris 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 838 136 463 - Téléphone : +33 1.49.02.42.22 (ci-après l'Assureur).- Le rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière d'AIG Europe SA est disponible sur le site <http://www.aig.lu/>. La commercialisation de contrats d'assurance en France par la succursale française d'AIG Europe SA est soumise à la réglementation française applicable, sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. <https://acpr.banque-france.fr/>.

Seuls les adhérents au Contrat d'assurance santé et leurs ayants-droits au sens dudit Contrat d'Assurance santé peuvent bénéficier des garanties de la présente Annexe qui fait partie intégrante du contrat « Apesia Famille » ou « Apesia Senior »

Tous les termes qui apparaissent, dans le corps de texte, soulignés et dont la première lettre est en majuscule non définis par ailleurs ont le sens qui leur est donné à l'article 1 ci-dessous

1 – DEFINITIONS

- **Adhérent** : Toute personne physique majeure résidant en France ayant adhéré au Contrat d'assurance santé dont les nom et prénom et le numéro de sécurité sociale figurent aux conditions particulières et sur la demande d'adhésion du contrat « Apesia Famille » ou « Apesia Senior ».
- **Année d'assurance** : Période de douze (12) mois qui s'étend entre la date d'effet de l'adhésion au Contrat d'assurance santé et sa date d'échéance annuelle, ou,
 - entre deux dates d'échéance annuelles, ou,
 - entre la dernière échéance annuelle et la date de fin des garanties comme indiqué à l'article 5.3.
- **Assuré(s)** : L'Adhérent ainsi que ses ayants-droits bénéficiaires des garanties au titre du Contrat d'assurance santé et dont les nom, prénom et numéro de sécurité sociale figurent aux conditions particulières et sur la demande d'adhésion du contrat « Apesia Famille » ou « Apesia Senior ».
- **Bien garanti** : *Equipement optique* : Monture et verres de correction :
 - prescrits par un ophtalmologue et achetés neufs, auprès d'un opticien situé en France, postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au Contrat d'assurance santé et vingt-quatre (24) mois maximum avant la date de survenance du Sinistre et
 - dont le cout a été pris en charge en tout ou partie par le Contrat d'assurance santé ou les organismes de Sécurité Sociale.
 - le Contrat d'assurance santé ou les organismes de Sécurité Sociale.
- **Domage matériel** : Toute destruction, détérioration, totale ou partielle, nuisant à l'utilisation normale du Bien garanti et résultant d'un événement extérieur au Bien garanti.
- **Prix d'achat** : Montant TTC mentionné sur la facture d'achat du

Bien garanti ou sur le décompte de remboursement émis par l'assureur du Contrat d'assurance santé ou par les organismes de Sécurité Sociale.

- **Sinistre** : Événement survenant pendant une Année d'assurance susceptible de mettre en œuvre la « Garantie Biens Santé ».

2 – DESCRIPTION DE LA GARANTIE ET TERRITORIALITE

2.1. Objet de la garantie

En cas de Domage matériel subi par le Bien garanti pendant une Année d'assurance, l'Assureur prend en charge le coût de la réparation ou du remplacement du Bien garanti dans les termes et conditions décrites à l'article 2.3.

L'Assureur prend en charge un (1) seul Sinistre par Année d'assurance par catégorie de Bien garanti quel que soit le nombre d'Assurés.

2.2. Territorialité

La garantie est accordée pour les Sinistres survenant dans le monde entier.

2.3. Prise en charge et limites de garantie

- Si le Bien garanti est considéré comme réparable par un opticien** : Le montant de la réparation facturée, incluant les pièces et la main d'œuvre sera pris en charge par l'Assureur à hauteur maximum du Prix d'achat dans la limite de : deux cent cinquante euros (250 €) par Année d'assurance.
- Si le Bien garanti est considéré comme irréparable par un opticien, ou si le montant des réparations est supérieur au Prix d'achat du Bien garanti** : L'Assureur prendra à sa charge, le coût de remplacement du Bien garanti à hauteur maximum du Prix d'achat dans la limite de deux cent cinquante euros (250 €) par Année d'assurance.

La prise en charge par l'Assureur en cas de remplacement des biens intervient exclusivement lorsque l'équipement optique de remplacement est de correction identique au Bien garanti endommagé.

2.3.3. Tableau récapitulatif de la garantie

Bien garanti	Prise en charge de la garantie	Limite par Année d'assurance
Equipement optique	Montant des réparations ou coût du remplacement	<u>Prix d'achat</u> dans la limite de 250 €

3 – EXCLUSIONS

Sont exclus du bénéfice de la garantie :

- 3.1 Les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive de tout Assuré.**
- 3.2 Tout Assuré figurant sur toute base de données officielle, gouvernementale ou policière de personnes avérées ou présumées terroristes, membre d'organisations terroristes, trafiquant de stupéfiants, ou impliqué en tant que fournisseur dans le commerce illégal d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques.**
- 3.3 Tous défauts et vices cachés du Bien garanti.**
- 3.4 Les housses, chargeurs, étuis et autres accessoires du Bien garanti.**
- 3.5 Les dommages causés par une utilisation du Bien garanti non conforme à la notice d'utilisation du fabricant.**

4 – DEMARCHES A SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

4.1 Déclaration de Sinistre

L'Assuré doit impérativement déclarer son Sinistre au Courtier dans les cinq (5) jours ouvrés suivant la date de la survenance de celui-ci :

Par courrier à :

POP SANTE

TSA 67182- 92894 NANTERRE Cedex 9

Lorsque le Sinistre n'est pas déclaré dans les délais prévus, sauf cas fortuit ou force majeure, l'Assuré perd son droit à indemnité, si ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.

Si, de mauvaise foi, l'Assuré fait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du Sinistre, l'Assuré sera entièrement déchu de tout droit à garantie.

4.2 Constitution du dossier de Sinistre

Pour la constitution de son dossier, l'Assuré devra fournir les pièces justificatives suivantes :

- Une déclaration écrite de l'Assuré reprenant les circonstances exactes de la survenance du Sinistre.
- La facture d'achat ou de soins d'origine (mentionnant les caractéristiques du Bien garanti et le Prix d'achat et pour les prothèses dentaires le modèle et le numéro de la dent) délivrée par le vendeur si le Bien garanti a été acheté en magasin, ainsi que le décompte d'indemnisation si le Bien garanti a été indemnisé par l'assureur du Contrat d'assurance santé ou un organisme de Sécurité Sociale.
- La facture d'achat d'origine de l'équipement optique accompagné de l'ordonnance correspondante faisant apparaître la correction d'origine du Bien garanti et le décompte d'indemnisation si le Bien garanti a été indemnisé par l'assureur du Contrat d'assurance santé ou un organisme de Sécurité Sociale.

Et plus généralement, toute autre pièce réclamée par l'Assureur dès lors que cette dernière est objectivement et strictement nécessaire afin de démontrer que les conditions de la garantie sont réunies.

4.3 Modalité de règlement du Sinistre

L'Assureur s'engage à verser l'indemnité due à l'Assuré dans les trente (30) jours qui suivent l'acceptation du Sinistre, à partir du jour où l'Assuré a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

L'indemnisation du Bien garanti ne peut être réalisée qu'en euros.

5 – DISPOSITIONS DIVERSES

5.1 Modalités d'adhésion

Toute personne physique ayant souscrit au Contrat d'assurance santé par l'intermédiaire du Courtier adhère automatiquement à la « Garantie Biens Santé ».

5.2 Renonciation à l'adhésion

La renonciation au Contrat d'assurance santé, en application des conditions générales de ce dernier, entraîne automatiquement renonciation à la « Garantie Biens Santé ».

L'Adhérent ne peut renoncer séparément à la « Garantie Bien Santé » sans renoncer à l'intégralité du contrat « Apesia Famille ».

5.3 Prise d'effet et durée de la garantie

La Garantie Bien Santé prend effet à la date de prise d'effet du Contrat d'assurance santé pour une durée d'un an, sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation correspondante, et se renouvelle automatiquement à l'échéance sauf :

- en cas de résiliation du Contrat d'assurance santé par l'Adhérent ou la compagnie d'assurance portant ces garanties en application des conditions générales de ce contrat, ou
- en cas de résiliation du Contrat d'assurance collective de dommage, n°2.500.337 par le Courtier ou par l'Assureur comme indiqué à l'article 5.6 ci-dessous.

5.4 Montant et règlement de la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle TTC fait partie intégrante du montant de cotisation globale du contrat « Apesia Famille » indiqué aux conditions particulières et sur la demande d'adhésion dudit contrat.

La cotisation est réglée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement au choix de l'Adhérent.

Le non-paiement de tout ou partie de la cotisation du contrat « Apesia Famille » entraîne la résiliation du contrat dans son intégralité conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances.

5.5 Modification de la cotisation

Le montant de la cotisation pour la « Garantie Biens Santé » pourra être révisé par l'Assureur si ce dernier devait modifier le barème de base applicable aux contrats de même nature.

Si le montant de la nouvelle cotisation comporte une majoration par rapport à celui de la cotisation figurant sur l'avis d'échéance précédent (frais et taxes non compris), l'Adhérent pourra résilier le contrat « Apesia Famille » en son intégralité dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance en suivant la procédure indiquée aux conditions générales du Contrat d'assurance santé

L'Adhérent ne sera redevable que d'une fraction de cotisation calculée sur les bases de la cotisation figurant à la quittance précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de résiliation par l'Adhérent du contrat « Apesia Famille » en son intégralité, la modification du montant de la cotisation de la présente « Garantie Biens Santé » prendra automatiquement effet à compter de la prochaine échéance.

5.6 Résiliation du contrat d'assurance collective de dommage n° 2.500.337

Le Contrat d'assurance collective de dommage n° 2.500.337 « Garantie Biens Santé » peut être résilié à l'initiative de l'Assureur ou du Courtier.

Dans cette hypothèse, l'Adhérent en sera informé par le Courtier par courrier recommandé AR envoyé à son dernier domicile connu trois (3) mois avant la date de résiliation effective du Contrat d'assurance collective de dommage n° 2.500.337 « Garantie Bien Santé ». Dans cette hypothèse, les Assurés continueront de bénéficier de la « Garantie Biens Santé » jusqu'à la fin de l'Année d'Assurance en cours sauf résiliation anticipée du Contrat d'assurance santé en application des conditions générales de ce dernier.

L'Adhérent ne peut résilier séparément la « Garantie Bien Santé », dont il bénéficie automatiquement en ayant adhéré au contrat « Apesia Famille », sans résilier le contrat « Apesia Famille » en son intégralité.

5.7 Pluralité d'assurances

Conformément aux dispositions de l'Article L.121-4 du Code des Assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat, et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des Assurances.

5.8 Subrogation

Conformément à l'Article L. 121-12 du Code des Assurances, en cas de règlement partiel ou total d'indemnités, l'Assureur est subrogé automatiquement dans tous droits et actions de l'Assuré, à concurrence du montant des indemnités réglées.

5.9 Réclamations – Médiation

Réclamation

En cas d'insatisfaction relative à la conclusion ou à l'exécution du Contrat d'assurance collective de dommage, n°2.500.337 « Garantie Biens Santé », l'Assuré peut s'adresser au Courtier à l'adresse suivante :

POP SANTE

TSA 67182- 92894 NANTERRE Cedex 9

La demande devra indiquer le numéro du contrat et préciser son objet.

POP Santé s'engage à accuser réception de la réclamation dans les cinq (5) jours ouvrables suivant sa réception et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date de réception (sauf circonstances particulières dont l'Assuré sera tenu informé).

En cas de rejet ou de refus de faire droit en tout ou en partie à la réclamation par POP Santé, l'Assuré peut élever sa réclamation au niveau de la succursale française de l'Assureur en écrivant à l'adresse suivante :

**AIG Europe SA – Service Clients
Tour CBX, 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie**

La succursale française de l'Assureur s'engage à accuser réception dans les cinq (5) jours ouvrables et à apporter une réponse au plus tard dans les 30 (trente) jours suivant la date de réception (sauf circonstances particulières dont l'Assuré sera alors tenu informé).

Médiation

Lorsque le réclameur est une personne physique agissant à des fins non professionnelles et que le désaccord persiste après la réponse apportée par la succursale française de l'Assureur, l'Assuré peut saisir le Médiateur de l'Assurance français par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09, ou en remplissant le formulaire en ligne disponible sur le site www.mediation-assurance.org.

AIG EUROPE S.A étant une compagnie d'assurance luxembourgeoise, l'Assuré peut également, si le désaccord persiste après la réponse apportée par la succursale française de l'Assureur, ou en l'absence de toute réponse de ce dernier dans les 90 jours :

1. élever la réclamation au niveau du siège social de l'Assureur, soit par courrier en écrivant à AIG Europe SA " Service Réclamation Niveau Direction ", 35D avenue John F. Kennedy, L-1855 Luxembourg, soit par email en écrivant à l'adresse suivante : aigeurope.luxcomplaints@aig.com;
2. saisir l'un des organismes de médiation luxembourgeois dont les coordonnées figurent sur le site internet du siège de l'Assureur à l'adresse suivante : <http://aig.lu> ; ou
3. présenter un recours extra judiciaire devant le Commissariat aux Assurances luxembourgeois (CAA), soit par voie postale à l'adresse du CAA, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, soit par télécopie adressée au CAA au +352 22 69 10, soit par email en écrivant à reclamation@caa.lu, soit en ligne sur le site <http://www.caa.lu>.

Aucun recours amiables visés ci-dessus ne saurait porter préjudices au droit de la personne concernée à intenter une action en justice.

La politique de l'Assureur en matière de satisfaction client est disponible sur son site à l'adresse suivante : <http://www.aig.com>.

Si le contrat a été souscrit par internet, la personne concernée a également la possibilité d'utiliser la plateforme de Résolution des Litiges en Ligne (RLL) de la Commission Européenne à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

5.10 Prescription

Conformément aux dispositions prévues par les articles L. 114-1 et suivants du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue :

- par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, à savoir :
 - toute demande en justice, y compris en référé, tout commandement, saisie ou mesure conservatoire ou d'exécution forcée signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, conformément aux articles 2241 à 2244 du Code civil ;
 - toute reconnaissance non équivoque par l'Assureur du droit de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur conformément à l'article 2240 du Code civil ;
 - toute demande en justice ou mesure d'exécution forcée à l'encontre d'un débiteur solidaire, toute reconnaissance de l'Assureur du droit de l'Assuré ou toute reconnaissance de dette de l'un des débiteurs solidaires interrompt la prescription à l'égard de tous les codébiteurs et leurs héritiers, conformément à l'article 2245 du Code civil ;
- ainsi que dans les cas suivants prévus par l'article L.114-2 du Code des assurances à savoir :
 - toute désignation d'expert à la suite d'un Sinistre ;
 - tout envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par :
 - l'Assureur à l'Adhérent pour non-paiement de la cotisation ;
 - l'Assuré à l'Assureur pour règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, et conformément à l'article L. 114-3 du Code des assurances, 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.

5.11 Protection des données à caractère personnel

En qualité de responsable de traitement au titre du Règlement Européen 2016/679 sur la Protection des Données à Caractère Personnel, l'Assureur s'engage à protéger les données à caractère personnel de ses clients, assurés et partenaires conformément audit règlement. Les données à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont collectées aux fins de permettre (de manière automatisée ou non) la souscription ainsi que la gestion des contrats d'assurance et des sinistres. L'Assureur peut également utiliser les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la prévention de la criminalité (en particulier en matière de lutte contre la fraude et le blanchiment d'argent). L'Assureur peut communiquer les données à caractère personnel aux sociétés de son groupe, à des prestataires de services ainsi qu'à d'autres tiers à ces mêmes fins. Les données à caractère personnel peuvent être transférées à l'étranger, y compris vers des pays qui ne font pas partie de l'Espace économique européen. Ces transferts sont encadrés par des garanties appropriées, notamment contractuelles, conformément à la réglementation européenne applicable. Les personnes concernées disposent de certains droits relatifs à leurs données à caractère personnel et en particulier des droits d'accès, de rectification, de limitation à l'utilisation, d'opposition, d'effacement ou de portabilité. Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par l'Assureur et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <http://www.aigassurance.fr/protection-des-donnees-personnelles>. Toute personne concernée peut exercer ses droits en écrivant à : AIG Service Conformité, Tour CBX, 1 Passerelle des Reflets, 92400 Courbevoie ou par email à donneespersonnelles.fr@aig.com. Un exemplaire de la politique de protection des données à caractère personnel de l'Assureur peut être obtenu en écrivant comme indiqué ci-dessus.

5.12 Droit applicable au contrat - Juridiction

La Garantie Biens Santé est soumise au droit français.

En cas de litige, l'Assuré peut assigner l'Assureur soit devant le tribunal de commerce de Nanterre soit devant le tribunal compétent de son propre domicile..