

# SANTÉ

# VITALIA

## NOTICE D'INFORMATION

Référence : EQ2054A\_NI\_09/2023

Contrat collectif complémentaire santé à adhésion facultative

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

1. DÉFINITIONS
2. OBJET DE L'ADHÉSION
3. CONDITIONS D'ADHÉSION
4. MODALITÉS D'ADHÉSION
5. PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION
6. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION
7. DÉCLARATIONS
8. CONDITIONS DES GARANTIES
9. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES
10. ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE
11. GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS
12. EXCLUSIONS
13. CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE
14. MODIFICATIONS DES GARANTIES
15. AUTORITÉ DE CONTRÔLE
16. OPPOSITION AU DÉMARCHE TÉLÉPHONIQUE
17. SANCTIONS INTERNATIONALES
18. DROIT DE RENONCIATION
19. STATUTS ASSOCIATION FÉDÉRATION ASSURANCE ET PROTECTION

### INTRODUCTION

#### NOTICE D'INFORMATION SANTÉ - VITALIA Valant conditions générales d'assurance

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative individuelle n° AQ002647, AQ002648, AQ002646, AQ002645, AQ002643 et AQ002644 (ci-après désigné le Contrat groupe) souscrit par FAP (Fédération Assurance et Protection) auprès de L'ÉQUITÉ, ci-après désignée l'« Assureur ». Le Contrat groupe est régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des assurances et la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Assuré par L'ÉQUITÉ - SA au capital de 26 469 320 €, Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris B 572 084 697 - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Distribué par FMA Assurances capital social de 787 204 €, matricule au RCS 429 882 236, numéro de téléphone 01.39.10.52.10, matricule de l'ORIAS 12068209, dont le siège est Immeuble Colisée Gardens, 8-14 avenue de l'Arche, 92400 Courbevoie

FMA Assurances intervient également pour gérer votre adhésion, vos garanties et vos remboursements en qualité de « Délégitaire », ci-après désignée le « Gestionnaire ».

La présente notice d'information, ci-après désignée la « Notice », vaut conditions générales du contrat d'assurance frais de santé VITALIA.

Le Contrat groupe liant l'Adhérent, l'Assureur et l'association FAP se compose des documents suivants :

- La présente Notice, valant conditions générales, 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'Adhérent provenant de sa demande d'adhésion, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites ;
- Le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le Contrat groupe. Il n'est pas possible de se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Cette Notice d'information est régie par le droit français et notamment le Code des assurances, l'Assureur s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat, toute action judiciaire afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## 1 - DÉFINITIONS

### Adhérent :

Les Adhérents sont des personnes physiques, à partir de 18 ans et plus, qui bénéficient des prestations de l'Assureur et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

### Adhésion :

Lien contractuel entre l'Adhérent et l'Assureur au titre du Contrat groupe auquel il a adhéré.

### Association FAP (Fédération Assurance et Protection) :

Association régie par la loi du 1er juillet 1901, domiciliée Immeuble Colisée Gardens, FMA, 8-14 Avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, souscriptrice du Contrat groupe.

### Assurés :

Personnes physiques majeures, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

### Ayants droit : Sont considérés comme Ayants droit :

- Le conjoint de l'Adhérent exerçant ou non une activité professionnelle, non séparé de corps ;
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée au Gestionnaire sur demande ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec l'Adhérent ;
- les ascendants, descendants et collatéraux de l'Adhérent vivant sous son toit et à sa charge ou celle du conjoint ;
- les enfants de l'Adhérent, à sa charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale.

### Forfait :

Montant en euros représentant des plafonds annuels, versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

### France :

France métropolitaine (y compris Corse) ;

### Gestionnaire :

FMA Assurances - SAS au capital de 787 204 € - Courtier en assurance - Siège social : Immeuble Colisée Gardens, 8-14 avenue de l'Arche, 92400 Courbevoie - RCS Nanterre 429882236 - ORIAS : 12068209

FMA Assurances intervient notamment au titre de la gestion de vos demandes de remboursement.

### Hospitalisation :

Au sens du présent Contrat groupe, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le Contrat groupe que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à savoir les établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

### Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

### Régime Obligatoire (RO) :

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

### Synonymes :

Assurance Maladie Obligatoire, Sécurité sociale

### Télétransmission :

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'information automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

### Ticket Modérateur (TM) :

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à charge de l'Assuré ;

### Tiers Payant (TP) :

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

## 2- OBJET DE L'ADHÉSION

Le présent Contrat groupe a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

L'Adhésion peut porter, selon le choix du niveau de prestation souhaité par l'Adhérent et formulé sur sa demande d'adhésion, sur 14 formules. (Complètes et essentielles)

Chaque formule correspond à un niveau de remboursement de frais, détaillé dans le tableau des garanties joint.

### Les formules de garanties 1 à 6 (complètes et essentielles) :

Les garanties proposées par le Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R.871-1 et R.817-2 du Code de la Sécurité sociale, afin que votre Adhésion puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux prévus par la réglementation en vigueur.

### Les formules de garanties HOSPI + (complètes et essentielles)

Les garanties proposées ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif du contrat responsable prévu par les articles L.871-1, R.871-1 et R.817-2 du Code de la Sécurité sociale. À ce titre, ce contrat ne permet pas de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés aux « Contrats responsables ».

## 3 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'admission au Contrat groupe en qualité d'Adhérent est réservée aux personnes physiques respectant les conditions cumulatives suivantes :

- être adhérentes à l'Association FAP (Fédération Assurance et Protection),
- être résidentes en France métropolitaine uniquement
- relever du Régime Obligatoire français d'assurance maladie,
- être âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de 18 ans, l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance.

## 4- MODALITÉS D'ADHÉSION

Le demandeur à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la présente Notice, le document d'information normalisé sur le produit et du tableau de garantie, remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels Ayants droit, parmi :

- Son conjoint, âgé de 18 ans minimum, et rentrant dans l'une des catégories suivantes :
  - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
  - son concubin,
  - son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- les enfants,
  - âgés de 18 ans maximum, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire auquel relève l'adhérent ou son conjoint ;

- agés de 19 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

Le demandeur devra également indiquer le niveau de garanties qu'il a choisi. Les garanties choisies seront identiques pour les Ayants droit. Ces garanties seront reprises dans la demande d'adhésion signée par le demandeur à l'assurance.

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

Toute Adhésion au Contrat groupe nécessite au préalable d'adhérer à l'Association FAP (Fédération Assurance et Protection) dont la cotisation éventuellement en vigueur sera prélevée mensuellement et dont le montant est prévu sur la demande d'adhésion. À ce titre, l'Adhérent reçoit une copie des statuts de l'association.

La signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent manifeste son accord sur les conditions de son Adhésion dont il aura préalablement pris connaissance.

## 5- PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'Adhésion est soumise à l'accord préalable de l'Assureur ou du Délégué. L'acceptation de l'Assureur se matérialise par l'émission d'un certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'Adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'Adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

L'adhésion produira ses effets au plus tôt le 1er du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

L'Adhésion est conclue pour une période de douze (12) mois à compter de sa date d'effet.

À l'issue de la période initiale de douze (12) mois, l'Adhésion se renouvelle successivement pour la même durée par tacite reconduction au terme de chaque période, sauf en cas de résiliation de l'Adhésion telle que prévue au point 5 « Résiliation de l'Adhésion ».

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association FAP. Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, l'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

## 6 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

L'Adhésion peut être résiliée dans les conditions et les délais précisés ci-dessous.

### Formes de la résiliation

Lorsque la résiliation vient de l'Adhérent, selon les conditions prévues à l'article L113-14 du Code des Assurances, elle doit se faire :

- Par lettre ou tout autre support durable, par acte extrajudiciaire ou par déclaration faite au Délégué à l'adresse suivante : FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 Nanterre Cedex 9.
- Par mail envoi recommandé électronique adressé à : gestion@fma.fr

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1. Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
2. Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

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

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

### Conséquences de la résiliation

Les garanties issues de l'Adhésion restent acquises aux Assurés pour tous les soins et traitements jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation, la date de facturation faisant foi.

### Résiliation par l'Adhérent

L'Adhérent peut résilier son Adhésion :

À chaque échéance (soit le jour précédant la date d'effet de l'Adhésion) par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification. La résiliation prendra effet le jour suivant (article L113-12 du Code des assurances).

En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son Adhésion en raison de ces modifications (L.113-3 du Code des assurances).

En cas de refus de l'augmentation de cotisations selon les modalités prévues à l'article 18 ci-dessous.

Pour les formules HOSPI + uniquement :

À tout moment, après au moins douze (12) mois d'Adhésion. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification. L'Adhérent recevra un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation (L113-15-2 du Code des Assurances).

### Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'Adhésion :

En cas de non-paiement des cotisations (article L141-3 du Code des assurances). L'Assureur envoie alors à l'Adhérent, au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée, une mise en demeure de payer. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.

En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'Adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

### Résiliation par l'Adhérent ou par l'Assureur

L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'Adhésion en cas de changement de domicile en France métropolitaine, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou de cessation d'activité professionnelle lorsque l'Adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16 du Code des assurances). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur.

Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

### 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, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
- En cas de départ de France métropolitaine. La résiliation prend effet le premier jour qui suit la cessation d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des assurances)

## 7 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant dans la demande d'adhésion qu'en cours de vie de l'Adhésion, sont faites par l'Adhéré pour son compte et celui de ses Ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution de l'Adhésion et l'Adhéré doit fournir des réponses exactes.

### Dans la demande d'adhésion

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

### En cours de vie de l'Adhésion

L'Adhéré doit déclarer, pour tout Assuré, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'Adhésion 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,
- 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 déclarations en cours d'Adhésion doivent être faites, par ordre de préférence :

- par mail à : gestion-sante@fma.fr
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours calendaires suivant leur survenance. L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assuré, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

**Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, 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.**

**Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, 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'Adhéré le prorata de prime ou en augmentant 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'Assuré.**

## 8 - CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, les Assurés doivent être affiliés ou Ayants droit d'un affilié au Régime Obligatoire français.

Les frais refusés par l'Assurance Maladie Obligatoire au motif que l'Assuré n'aurait pas satisfait en temps utile à toutes les formalités nécessaires pour obtenir le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

## 9 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises immédiatement, sans délai d'attente, à compter de la date d'effet de l'Adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré dans l'assurance - sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les frais engagés après la radiation d'un Assuré ne sont jamais remboursés, même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

La garantie est viagère c'est-à-dire que l'Assureur ne pourra mettre fin aux garanties sauf dans les cas suivants :

- Dès que l'Assuré ne répond plus à la définition d'Assuré prévue ci-dessus ;
- À la date d'effet de la résiliation de l'Adhésion.

## 10 - ÉTENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE

Les garanties du Contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux Accidents survenus et Maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou de séjours de moins de 3 mois, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique.

Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros, la conversion avec la monnaie étrangère étant calculée par l'Assureur au jour des dépenses par l'Assuré.

## 11 - GARANTIES ET MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les garanties sont accordées dans les conditions et limites du niveau de garantie choisies par l'Adhéré dans sa demande d'adhésion.

Pour chaque garantie, les modalités des remboursements (montant, durée, limitation ou plafond de remboursements) sont précisées au sein du tableau des garanties en fonction de la nature de vos dépenses médicales et du niveau souscrit.

Il convient donc pour chaque garantie de se reporter à l'article concerné ainsi qu'au tableau figurant en annexe.

Le remboursement des dépassements d'honoraires varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent aux options de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM).

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhéré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Sauf justification du coût réel des frais engagés et du montant pris en charge par la Sécurité sociale, ceux-ci sont réputés conformes au Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale,

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Le Contrat groupe comporte plusieurs niveaux de garanties dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties. Le niveau de garanties retenu pour les Assurés est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Les montants de remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement applicable à l'Adhésion et indiqué dans le tableau de garantie.

Les montants de remboursements, figurant dans le tableau des garanties annexé à la présente Notice d'information, sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage du tarif de responsabilité en vigueur fixé par le Régime Obligatoire : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en Frais réels (FR),
- en montant annuel exprimé en euros.

Ces montants représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur. Si ce plafond est atteint, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire seront pris en charge à 100 % de la Base de remboursement de la sécurité sociale du tarif de responsabilité.

À l'exclusion du forfait optique (montures + verres), les forfaits sont



valables par année d'Adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro.

- La garantie « **frais de transport** » prend en charge les frais de transport du malade ou de l'accidenté qui sont remboursés par l'Assurance Maladie.
- La garantie « **Matériel médical** » : Sauf mention expressément prévue dans le tableau de garantie, cette sous-rubrique comprend les dispositifs médicaux, prothèses et orthèses médicales, inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) par l'Assurance Maladie, effectivement remboursés par elle. Les dispositifs médicaux d'optique médicale et d'aides auditives ne sont pas intégrés dans la rubrique Matériel médical mais figurent dans leurs rubriques respectives.
- Pour le poste « **optique** », la prise en charge est limitée à un équipement complet tous les deux ans, délai décompté à partir de la date du dernier renouvellement. Par dérogation, le délai est ramené à un an pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Depuis le 1er janvier 2020 et conformément à la réforme 100% Santé, le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100€ dans le cadre d'un équipement de classe B et ne pourra pas excéder 30€ pour un équipement de classe A.
- Pour le poste « **dentaire** », Les remboursements dentaires hors « 100% Santé » sont effectués dans la limite d'un plafond annuel par Assuré pour l'ensemble des actes de prothèses dentaires remboursés ou non par le Régime Obligatoire. Au-delà du plafond, la garantie est limitée à 100% du Tarif de Convention y compris remboursement du Régime Obligatoire. Bonus de fidélité : la garantie « Prothèses dentaires des paniers « maitrisé et libre » est augmentée à l'échéance anniversaire de l'Adhésion, à partir de la 3ème année d'assurance tel qu'indiqué au tableau des garanties.
- Pour le poste « **aide auditives** », les remboursements seront limités à un équipement par oreille, tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de cet équipement. Pour les équipements hors « 100% Santé » le montant du remboursement est plafonné conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et tel qu'indiqué au tableau de garanties.
- Pour le poste « **prévention & bien-être** », la garantie « Cures thermales » (y compris les frais de transport et d'hébergement) n'est valable que pour les cures thermales dont la prise en charge est acceptée par le Régime Obligatoire.
- La garantie « **Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire** » se limite au remboursement des médicaments prescrits par le médecin disposant d'une autorisation de mise sur le marché et classifiés en tant que médicament dans le VIDAL
- **Le bonus fidélisation** à 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)
- 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 tarif en vigueur auquel se réfère l'Assureur pour le calcul des prestations est celui de 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.

## 12 - EXCLUSIONS

**Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CHAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'Adhésion.**

**Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance dans le respect des dispositions des contrats solidaires et responsables.**

**Les garanties ne s'exercent pas :**

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque l'Assuré y participe en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si l'Assuré utilise votre propre véhicule.
- à un Sinistre survenu dans un pays exclu de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie.

**Sont également exclus :**

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,

**Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :**

- les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
- les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- les traitements psychanalytiques,
- les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale.
- les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une lipoaspiration, une liposculpture, une plastie abdominale,
- les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,
- les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- maisons d'accueil spécialisé (MAS),

**Exclusions liées aux formules responsables - Formules 1 à 6 uniquement :**

- la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro),
- les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport).
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

**13 - CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE (HORS FORMULES HOSPI +)**

L'Adhésion s'inscrit 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).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les « contrats responsables », les garanties du Contrat groupe feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent. Le montant de cotisation pourra également être revu, à la hausse comme à la baisse, en fonction des modifications apportées sur les garanties.

Elles pourront également être modifiées dans le cas où une nouvelle réglementation aurait pour conséquence une modification substantielle des engagements de l'Assureur, de l'Association FAP, ou de l'Adhérent et notamment toute modification des prestations du Régime d'Assurance Maladie dont elles assurent le complément.

**14 - MODIFICATIONS DES GARANTIES**

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander la modification de son niveau de garantie, à la hausse ou à la baisse, en adressant sa demande, par ordre de préférence :

- par mail à : gestion-sante@fma.fr,
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9,

En tout état de cause, la modification du niveau de garantie s'appliquera à ses éventuels Ayants droit.

Cette modification ne pourra être effectuée qu'à l'issue de la première échéance de l'Adhésion dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

Le Gestionnaire transmet, par mail ou courrier simple à l'adresse indiquée, à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant son nouveau niveau de garantie, le montant de sa nouvelle cotisation ainsi que la date d'effet de cette modification. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve, le cas échéant, du paiement effectif des cotisations correspondantes, la demande de modification prendra effet à la date indiquée sur la lettre ayant valeur d'avenant.

Tout Accident ou Maladie, entraînant une Hospitalisation, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris les rechutes éventuelles (même pathologie).

**AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT**

En cours de vie de l'Adhésion, l'Adhérent peut demander l'ajout ou la sortie des Ayants droit, en adressant sa demande, par ordre de préférence à :

- par mail à : gestion-sante@fma.fr,
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9,

• À l'échéance : L'Adhérent a la possibilité de demander l'ajout ou la sortie d'un Ayant droit par écrit et au plus tard (2) deux mois avant la date d'échéance de l'Adhésion. La modification de l'Adhésion prendra effet à la date de renouvellement de l'Adhésion, sous réserve de la production des pièces justificatives.

• Hors échéance : Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'Ayant droit d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, ce dernier doit adresser une demande écrite au Gestionnaire.

Le Gestionnaire transmet à l'Adhérent une proposition d'avenant matérialisant le nouveau montant de sa cotisation. L'Adhérent disposera d'un délai de trente (30) jours pour renvoyer la lettre ayant valeur d'avenant.

Sous réserve de l'acceptation par l'Adhérent, formalisée par la signature de l'avenant transmis par le Délégué, la modification de l'Adhésion prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'Ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit dans les quinze (15) jours suivant cet événement.

La modification de l'Adhésion 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. 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, et reprise dans la définition d'Ayants droit de la présente Notice, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

La cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de la modification.

**ADAPTATION DE L'ADHÉSION PAR SUITE DE MODIFICATION DU RÉGIME DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Les garanties de la présente Adhésion, 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 la demande d'adhésion.

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 de l'Adhésion, 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.

**PRESTATIONS****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, par ordre de préférence :

- par mail à : gestion-sante@fma.fr,
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9,

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire d'assurance maladie. Il est toujours subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties. Les prestations sont réglées dans les meilleurs délais une fois que l'Adhérent a transmis les justificatifs nécessaires tels que détaillés ci-dessous. Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français ou d'un établissement composant l'Espace Economique Européen. Les décomptes seront disponibles en ligne dans l'espace personnel des Assurés mis à leur disposition.

**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 :

- par mail à : gestion-sante@fma.fr,
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9,

En cas de rejet de la Télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre son décompte.

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

### Tiers Payant

L'adhésion à cette offre permet de bénéficier des avantages d'une carte de Tiers Payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par la Sécurité sociale, l'Adhérent 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.

A compter du 1er janvier 2022, le bénéfice du mécanisme de tiers payant sera étendu sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les produits et prestations relevant des classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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 ou sur simple demande à :

- par mail à : [gestion-sante@fma.fr](mailto:gestion-sante@fma.fr),
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9

En cas de suspension ou de résiliation de l'Adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indument réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer, 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 :

- par mail à : [justificatifsprestas@popsante.fr](mailto:justificatifsprestas@popsante.fr),
- par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes de remboursement du régime Obligatoire justifiant les prestations versées s'ils n'ont pas été télétransmis par les organismes de Régimes Obligatoires ;
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier ;
- Les factures d'Hospitalisation si celles-ci n'ont pas donné lieu à une prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier et le lit accompagnant ;
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers Payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité ;
- Pour les prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire, le décompte du remboursement du Régime Obligatoire et la facture détaillée des frais engagés ;
- Pour les prothèses dentaires refusées par le Régime Obligatoire, la facture détaillée des frais engagés ;
- 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 et indiquant le type de 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 doit être justifiée :

- soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;

- 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 l'examen de densitométrie osseuse et pour la pharmacie prescrite non prise en charge par le Régime Obligatoire, la prescription et la facture ou la note d'honoraire,
- Pour les médecines douces, la facture détaillée du praticien diplômé d'État.
- Pour l'abonnement de sport ou le programme d'amincissement, les factures de l'abonnement de sport ou de l'attestant de prise en charge du patient ;
- Pour le forfait réparation des lunettes ou des audioprothèses, la déclaration de bris remplie par un opticien ou praticien diplômé d'État ;
- Lorsque l'Adhérent ou ses Ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les 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 l'affiliation avec l'Adhérent.
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant l'affiliation 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.
- Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, l'Assureur pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires et notamment des originaux.

**L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.**

## CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET LITIGES

### 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 ainsi que 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, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente Adhésion, 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.

### 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.

### Litiges

En cas de persistance d'un désaccord de l'Assuré 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 Judiciaire du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seule, 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.



## COTISATION

### Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est fixée au certificat d'adhésion. 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 et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des Assurés. La cotisation totale correspond au cumul des cotisations de chaque Assuré. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

### Variation de la cotisation

Afin de prendre en compte le changement de génération de chaque Assuré, directement dépendant de l'âge de ceux-ci, votre cotisation évoluera contractuellement à l'échéance annuelle de votre Adhésion.

En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie de bénéficiaire, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des tarifs.

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.

### Révision de la cotisation

L'Assureur peut également 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. Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas de respecter ce délai. L'Adhérent pourra être 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.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

### Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement. La fréquence et le mode de paiement peuvent être fractionnés selon les mentions qui figurent dans le certificat d'adhésion.

Le paiement mensuel s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 ou 12 du mois précédant la quittance.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

### Défaut de paiement

Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Délégué adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure à son dernier domicile connu.

Faute de règlement, l'Adhésion est alors suspendue 30 jours après cette mise en demeure et résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours. La résiliation entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par la présente Adhésion pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation, par virement, chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou en ligne par carte bancaire, moyennant d'éventuels frais de paiement pour ce dernier mode de paiement, durant la période des 40 jours suivant la mise en demeure, les garanties seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

## 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.

## PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'Adhésion au Contrat groupe est prescrite selon les dispositions des articles L 114-1 et suivants du Code des assurances :

Article L114-1 du code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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'Adhérent 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'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L114-2 du Code des assurances

« 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. »

Article L114-3 du Code des assurances

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

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du code civil)
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).

## NON-RENONCIATION

Ni l'Assureur, ni l'Adhérent ou tout Assuré ne pourra se prévaloir d'une tolérance ou renonciation à un quelconque droit, pouvoir ou recours que l'autre partie au Contrat groupe n'aurait pas exercé ou tardé à l'exercer et qu'elle tient de celui-ci.

L'absence d'exercice d'un tel droit ou recours ne pourra être interprétée comme une novation du Contrat groupe ou de l'un quelconque de ses éléments.

## DÉMATÉRIALISATION DE LA RELATION

L'Adhérent est informé de la poursuite de la relation commerciale et contractuelle sur un support durable autre que le papier, et accepte



lors de son Adhésion que l'ensemble des informations, documents et communications destinés à la souscription et à l'exécution de celle-ci lui soient envoyés exclusivement par voie électronique.

L'Adhérent est informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation du support électronique et demander qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale ou contractuelle. Dans ce cas, l'Adhérent peut réaliser les formalités, déclarations, qui lui incombent en lui adressant celles-ci par courrier aux adresses indiquées dans la présente Notice.

## EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET PROCÉDURE DE MÉDIATION

### Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative aux conditions de commercialisation ou à la gestion de votre contrat, vos cotisations, vos sinistres, ou encore au devoir de conseil et d'information de votre intermédiaire d'assurance, adressez-vous à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à votre intermédiaire d'assurance :

- par mail à : [reclamation@fma.fr](mailto:reclamation@fma.fr)
- ou par courrier à l'adresse suivante :

FMA Assurances - Service Réclamation - TSA 67192 - 92894 NANTERRE CEDEX 9

Celui-ci accusera réception de votre demande sous 10 jours et y répondra dans les meilleurs délais et au maximum dans les 2 mois à compter de votre envoi.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige.

### Médiation

En qualité de membre de France Assureurs, L'ÉQUITÉ applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste après examen de votre demande par le service Réclamations ou en l'absence de réponse, vous pouvez saisir le Médiateur de France Assureurs,

- Soit en écrivant à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09
- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <http://www.mediation-assurance.org>

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'à l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

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

En cas de proposition du contrat d'assurance en ligne :

Vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

## INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

### Identification du responsable de traitement des données à caractère personnel

Cette clause a pour objet d'informer l'Adhérent et l'Assuré de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel les concernant, mis en œuvre par les responsables de traitement mentionnés ci-après.

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette Adhésion font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est L'ÉQUITÉ en tant qu'Assureur à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement concernant les moyens techniques et essentiels est FMA Assurances en tant que Délégitaire :

- Souscription des adhésions
- Gestion de la vie des adhésions ;
- Encaissement et recouvrement des cotisations ;
- Gestion et règlement des sinistres
- Gestion des réclamations dites de niveau 1 ;

- Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Les traitements réalisés par FMA Assurances et portant sur sa relation de courtier avec l'Adhérent font l'objet d'un document séparé communiqué à l'Adhérent qui s'engage à le transmettre à tout Assuré.

L'ÉQUITÉ et FMA Assurances sont responsables de traitement.

### L'ÉQUITÉ

Société Anonyme 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 - Téléphone : 01 58 38 80 00.

Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

### FMA Assurances

Société de courtage d'assurances au capital de 787 204 €,

Siège social : Immeuble Colisée Gardens, 8-14 avenue de l'Arche, 92400 Courbevoie

Société de courtage d'assurances immatriculée auprès de l'ORIAS sous le numéro 12068209

### Les finalités du traitement des données à caractère personnel

Les données traitées ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris des mesures de prévention en lien avec ce contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice de 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. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale, sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

### Les bases juridiques des traitements correspondant à ces finalités sont les suivantes :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles – Consentement pour les données de santé collectées dans le cadre de la souscription de garanties spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de mesures précontractuelles telles que l'obligation d'information, délivrance de conseil, devis ou simulation d'assurance...</li> <li>• Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ;</li> <li>• Recouvrement ;</li> <li>• Exercice des recours ;</li> <li>• Gestion des sinistres, réclamations et contentieux ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque ;</li> </ul>
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme</li> <li>• Respect de toute obligation légale, réglementaires et/ou administratives</li> </ul>

Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutte contre la fraude, si besoin au moyen de techniques de ciblage et de profilage, afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non-fraudeuses au contrat.</li> <li>• Études statistiques et actuarielles.</li> <li>• Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale, afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.</li> <li>• Amélioration continue des offres.</li> <li>• Amélioration continue des process, notamment, la recherche des assurés et des bénéficiaires, au moyen de confrontation de données en vue de fiabiliser nos bases de données à caractère personnel, et le renforcement de la connaissance des clients à risques au niveau du Groupe GENERALI.</li> </ul>
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats de remboursement de frais de soins

#### Informations complémentaires dans le cadre du traitement des données à caractère personnel concernant l'Adhérent ou l'Assuré et non collectées auprès de l'Adhérent

Catégorie de données susceptibles d'être transmises au Gestionnaire ou à l'Assureur :

- état civil, identité, données d'identification,
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique,
- données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé.

Source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, d'autres organismes d'assurance et de toute autorité administrative.

Les données utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent également être obtenues dans le cadre d'opérations de parrainage ou de la part d'organismes autorisés.

#### Destinataires ou catégories de destinataires des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent ou les Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe GENERALI, à FMA Assurances et aux courtiers membres de son réseau, ainsi qu'aux partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, et organismes professionnels, organismes sociaux des personnes concernés aux sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à la réalisation 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.

Au titre de la prévention de la lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe GENERALI pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe GENERALI.

#### Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali France 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, les data centers du groupe Generali France sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France 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, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen (Maroc, Tunisie) concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, l'envoi ponctuel d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique conforme à la réglementation (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Les serveurs du Groupe FMA Assurances sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès,

du Délégué à la Protection des Données du Groupe GENERALI France, à l'adresse suivante : [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)

ou

du Délégué à la Protection des Données de FMA Assurances, à l'adresse suivante : FMA Assurances/Délégué à la Protection des Données, 8/14 Avenue de l'Arche 92419 Courbevoie cedex.

#### Les durées de conservation

Les données à caractère personnel concernant l'Adhérent ou les Assurés seront conservées par les responsables de traitements, selon les durées fixées par les législations, les réglementations applicables et les autorités administratives ainsi que de ses contraintes opérationnelles, dont notamment la satisfaction de ses obligations comptables, la gestion pertinente de la relation client, l'instruction d'actions en justice ou de demandes émanant d'organismes publics.

#### L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons l'Adhérent et les Assurés disposent dans les conditions prévues par la réglementation :

- **D'un droit d'accès** : droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont l'Assureur et le Gestionnaire disposent et demander que ces données leurs soient communiquées en intégralité.
- **D'un droit de rectification** : droit de demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **D'un droit de suppression** : droit de demander à l'Assureur et au Gestionnaire 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** : droit de demander à l'Assureur et au Gestionnaire de limiter le traitement de vos données personnelles.
- **D'un droit à la portabilité des données** : droit de récupérer dans un format structuré les données que vous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires à l'Adhésion ou lorsqu'il vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

Ces données peuvent être transmises directement aux responsables du traitement choisi par l'Adhérent lorsque cela est techniquement possible.

- **D'un droit de retrait** : 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 de l'Adhésion impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

- **D'un droit d'opposition** : droit de s'opposer au traitement de vos données personnelles, notamment concernant la prospection commerciale et plus généralement les finalités de traitement ayant pour base légale l'intérêt légitime.

L'adhérent peut exercer ses droits sur simple demande aux adresses

suivantes :

### **L'ÉQUITÉ**

Conformité

Délégué à la protection des données personnelles  
TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09  
Ou à l'adresse électronique : [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)

Ou

### **FMA Assurances**

FMA Assurances/Délégué à la Protection des Données, 8/14 Avenue  
de l'Arche 92419 Courbevoie cedex.  
Ou à l'adresse électronique : [dpo@fma.fr](mailto:dpo@fma.fr)

Il pourra vous être demandé de justifier de votre identité si nous ne parvenions pas à vous identifier de façon certaine.

### **Cas spécifique dans le cadre du démarchage téléphonique**

Si vous êtes consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

L'Assureur et le Gestionnaire pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

### **Profilage et prise de décision automatisée**

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant. De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

### **Droit d'introduire une réclamation concernant le traitement des données à caractère personnel de l'Adhérent et les Assurés**

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation concernant le traitement de vos données à caractère personnel auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07

### **Prospection**

Certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer sont collectées par les entités du Groupe GENERALI et/ou votre Gestionnaire (si votre intermédiaire intervient en cette qualité). Elles peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales : dans le cadre d'opérations de prospection commerciale, et/ou afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer auprès des Délégués à la Protection des Données Personnelles dont les coordonnées sont communiquées ci-dessous.

**Coordonnées des Délégués à la Protection des Données Personnelles**  
Ces droits peuvent être exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité :

### **FMA Assurances**

soit par mail : [dpo@fma.fr](mailto:dpo@fma.fr)

soit par courrier à l'adresse suivante : FMA Assurances/Délégué à la Protection des Données, 8/14 Avenue de l'Arche 92419 Courbevoie cedex.

OU

### **L'ÉQUITÉ**

Conformité

Délégué à la Protection des Données Personnelles  
TSA 70100 - 75309 Paris Cedex 09

Ou à l'adresse électronique : [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr)

Pour plus d'information sur notre politique en matière de cookies, nous vous invitons à consulter notre site <https://www.generalifrance.fr/cookies>

## **15- AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par la présente Adhésion est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

## **16- OPPOSITION AU DÉMARCHE TÉLÉPHONIQUE**

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL - service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Gestionnaire ou l'Assureur de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

## **17 - SANCTIONS INTERNATIONALES**

L'Assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du Contrat groupe et de l'Adhésion 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, le Royaume-Uni, 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 Afghanistan, Biélorussie, Birmanie, Crimée, Donetsk, Lougansk, Zaporijia, Kherson, République populaire démocratique de Corée (Corée du nord), Russie en Iran, Syrie et/ou Venezuela.

## **18 - DROIT DE RENONCIATION**

L'Adhérent dispose d'un délai pour renoncer à son Adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

- Si le contrat est vendu à distance :

On entend par vente à distance le contrat conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance (cf. notamment de vente par correspondance ou internet).

Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires révolus s'applique en cas de vente à distance.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par mail à :

Par courrier recommandé :

FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9

ou

Par mail à : [gestion-sante@fma.fr](mailto:gestion-sante@fma.fr)

Modèle de lettre de renonciation en cas de Vente à Distance



.....  
 Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du \_\_\_\_\_. Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fais-le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature de l'Adhérent  
 .....

Les frais de courtage ne seront pas non plus remboursés en cas de renonciation de l'Adhérent, ceux-ci étant liés aux frais induits pour la prise en compte de la demande d'adhésion et au service rendu par votre courtier distributeur.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception par l'Assureur de la notification de la renonciation.

- Si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer la souscription d'un contrat.

En vertu de l'article L112-9 alinéa 1er 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 un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions précitées sont réunies et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances – l'Adhérent peut renoncer à l'Adhésion.

Cette renonciation doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception, ou par mail à :

Par courrier recommandé :  
 FMA Assurances – TSA 67192 – 92894 NANTERRE Cedex 9  
 ou

Par mail à : gestion-sante@fma.fr,

Modèle de lettre de renonciation en cas de démarchage  
 .....

Nom, prénom :

Adresse :

N° du contrat :

Mode de paiement choisi :

Montant de la cotisation déjà acquitté :

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du \_\_\_\_\_.

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fais-le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature de l'Adhérent  
 .....

**L'exercice du droit de renonciation n'est plus possible dès lors qu'un remboursement au titre de l'Adhésion aurait été sollicité.**

L'Assureur rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application de l'Adhésion, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

## 19-STATUTS ASSOCIATION FÉDÉRATION ASSURANCE ET PROTECTION

### Préambule

La préoccupation des Membres fondateurs réunis en association est de permettre aux Membres de bénéficier en permanence des meilleures garanties et prestations d'assurance.

L'Association est animée par un esprit de solidarité et d'entraide dans l'optique de répondre et d'accompagner ses Membres dans la mise en place de produits et solutions d'assurance et de faire face aux enjeux de protection des personnes.

### ARTICLE 1. CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il est constitué entre toutes les personnes qui adhèrent aux 1

présents statuts et ceux qui adhéreront ultérieurement une association dénommée :

FAP

(Fédération Assurance et Protection)

L'Association est régie par la loi du 1er juillet 1901, le décret du 16 août 1901, le Code des assurances et les présents statuts.

### ARTICLE 2. OBJET DE L'ASSOCIATION

Cette Association a pour objet d'étudier, d'organiser, de mettre en place et de promouvoir tout type de solutions d'assurance en vue d'optimiser au profit des Membres les garanties et prestations proposées dans le cadre de contrats d'assurance collectifs / de groupe à adhésions facultatives ou obligatoires.

A cet effet, l'Association pourra :

- Elaborer et piloter des programmes d'assurance notamment affinitaires pour couvrir les risques des Membres.
- Représenter les Membres vis-à-vis des organismes d'assurances et intermédiaires intervenant notamment dans le cadre de ces programmes. Elle peut également représenter, en tant que souscripteur de contrats d'assurance collectifs / de Groupe ou dans le cadre d'une mission de gestion déléguée, ces organismes dans le cadre des relations de ceux-ci avec les Membres de l'Association.
- souscrire un ou plusieurs contrats d'assurance collectifs / de groupe à adhésions facultatives ou obligatoires pour le compte de ses Membres, personnes morales ou personnes physiques et, le cas échéant, d'en assurer la gestion au profit des organismes assureurs.
- favoriser l'information entre ses Membres dans tous les domaines relatifs à l'assurance.
- permettre à ses Membres de se grouper pour obtenir des améliorations, pour bénéficier de meilleures conditions et pour accroître leur protection.
- exercer, à titre accessoire, une activité d'intermédiation en assurance.
- s'adresser à tous professionnels pour proposer à ses Membres tout service liés à l'assurance.
- plus généralement, effectuer toutes les opérations qui lui paraissent appropriées à la bonne réalisation de son objet et à la défense et à la sauvegarde des intérêts de ses Membres.

### ARTICLE 3. DURÉE

La durée de l'Association est illimitée. Toutefois, elle prend fin en cas de dissolution volontaire, statutaire ou judiciaire.

### ARTICLE 4. SIÈGE DE L'ASSOCIATION

Le siège de l'Association est fixé :

Immeuble Colisée Gardens  
FMA  
8-14 Avenue de l'Arche  
92419 Courbevoie Cedex

Il peut être transféré en tout autre lieu par simple décision du Conseil d'Administration.

L'Association peut disposer d'un bureau administratif à une adresse différente de celle de son siège.

### ARTICLE 5. MEMBRES

L'Association se compose des Membres suivants, lesquels peuvent être des personnes physiques ou des personnes morales. Dans ce dernier cas, les droits des Membres personnes morales sont exercés par leur représentant légal.

1) Membres fondateurs : les fondateurs de l'Association (cf. annexe 1) ayant initialement participé à la constitution de l'Association.

2) Membres adhérents : personne ayant adhéré à l'Association en s'acquittant de son droit d'adhésion, le cas échéant, en signant un bulletin d'adhésion à au moins un contrat d'assurance collectif ou de groupe souscrit par l'Association. Les Membres adhérents ne peuvent prétendre qu'à un seul et unique droit de vote aux Assemblées Générales de l'Association, quel que soit le nombre de leurs adhésions aux contrats collectifs souscrits par l'Association. Peuvent être adhérents les membres d'une personne morale adhérent via l'adhésion à un contrat d'assurance collectif dédié.

3) Membres honoraires : le Conseil d'Administration peut nommer, en raison des services rendus à l'Association ou de leur expérience, des Membres honoraires. Ces Membres sont dispensés du versement du droit d'adhésion à l'Association et n'ont qu'une voix consultative. Ils sont réputés accepter les présents statuts.

### ARTICLE 6. ADMISSION DES MEMBRES ADHERENTS

La qualité de Membre adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement du droit d'adhésion, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion au contrat collectif par le Conseil d'Administration ou l'Assureur, sans que cette décision ait besoin d'être justifiée, quelle qu'elle soit.

A défaut d'acceptation, le montant du droit d'adhésion sera remboursé au plus tard dans les 30 jours qui suivront la notification de refus par le Conseil d'Administration ou l'Assureur.

### ARTICLE 7. PERTE DE LA QUALITE DE MEMBRE

La qualité de Membre se perd :

- 1) par décès, disparition ou absence,
- 2) par démission adressée au siège de l'Association par lettre recommandée avec accusé de réception. A cette lettre devra être jointe la copie du courrier de l'Assureur notifiant la résiliation. Ladite résiliation devra être conforme aux conditions définies dans les Conditions Générales.
- 3) par radiation pour exclusion prononcée par le Conseil d'Administration pour infraction aux présents statuts ou au règlement intérieur, ou pour tout motif grave, Le Conseil d'Administration statue souverainement sans qu'il lui soit besoin de motiver sa décision,
- 4) Par résiliation, caducité ou nullité de(s) l'adhésion(s) au(x) contrat(s) d'assurance collectif(s) souscrit(s) par l'Association.
- 5) Le transfert des droits en cours de constitution d'un adhérent ;
- 6) Le transfert d'un contrat à une autre Association.

Le droit d'adhésion éventuellement payé au titre de l'année de perte de la qualité de Membre reste acquis à l'Association.

### ARTICLE 8. RESSOURCES

Il est tenu une comptabilité selon les normes du plan comptable associatif et faisant apparaître annuellement un bilan.

- 1) Les droits d'adhésion, cotisations et/ou droits d'entrée versés par les Membres, dont le montant est décidé par le Conseil d'Administration.
- 2) Les sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association.
- 3) Les subventions éventuelles et dons autorisées par la loi.
- 4) les intérêts et revenus des biens et valeurs.
- 5) Toutes les autres ressources qui ne lui sont pas interdites par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Un fond de réserve alimenté par les éventuels excédents annuels peut être constitué.

### ARTICLE 9. DÉPENSES

- 1) Les charges de fonctionnement et de gestion courante entrant dans le cadre de son objet social.
- 2) Toutes autres dépenses validées par le Conseil

d'Administration et autorisées par les lois et règlements en vigueur.

## **ARTICLE 10. RESPONSABILITÉ**

Aucun Membre de l'Association, à quelque titre qu'il en fasse partie, ne peut être tenu pour personnellement responsable des engagements contractés par l'Association, seules les ressources propres à l'Association en répondent.

L'Association n'est en aucun cas responsable de la gestion des capitaux confiés à un organisme d'assurance.

Les adhésions à l'Association peuvent être effectuées dans le cadre d'une convention cadre conclue entre l'Association et l'Assureur. Le contenu de cette convention, qui précise notamment les conditions et conséquences d'une résiliation de ladite convention par l'Association ou par l'Assureur, est remis aux Membres adhérents lors de leur adhésion à leur demande.

## **ARTICLE 11. CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **ARTICLE 11-1 COMPOSITION**

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration composé au moins de quatre (4) Membres et au plus de sept (7) Membres élus pour 3 années par l'Assemblée Générale dont les Membres Fondateurs.

Les Membres du Conseil d'Administration doivent être majeurs et ne pas être âgés de plus de 67 ans, ne pas être privés de leurs droits civiques, ne pas être placés sous sauvegarde de justice ou mise en tutelle ou curatelle.

Le Conseil est, conformément aux dispositions du Code des assurances (L. 141-7 et R. 141-1 et s.), majoritairement composé de Membres ne détenant ou n'ayant détenue au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat au sein d'un organisme d'assurance signataire d'un contrat collectif avec l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de cet organisme.

Nul ne peut être Membre du Conseil d'Administration, ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque le groupement, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte du groupement s'il a fait l'objet de 3

l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L.322-2 du Code des Assurances.

Tout Membre du Conseil d'Administration ne remplissant pas ces conditions est démissionnaire d'office.

Le Conseil d'Administration nomme à la majorité simple parmi ses Membres un bureau qui est composé de : 1) Un Président. Il dirige les travaux du Conseil

d'Administration et supervise le fonctionnement de l'Association. Il représente cette dernière en justice et dans tous les actes de la vie civile. Ce dernier peut être assisté d'un Vice-Président.

2) Un Secrétaire. Il a la charge de toute la correspondance de l'Association (envoi des convocations, rédaction des procès-verbaux des délibérations, transcription des procès-verbaux sur les registres de l'Association, exécution des formalités prescrites par la loi, conservation des archives),

3) Un Trésorier. Il a la responsabilité des comptes de l'Association, établit les bilans et les budgets. Il perçoit les ressources et effectue les paiements sous le contrôle du Président. Il rend compte chaque année de sa gestion comptable lors de l'Assemblée Générale, qui statue sur les comptes.

Leurs fonctions prennent fin à l'expiration de leur mandat d'administrateur.

Le Président et les Membres du bureau peuvent déléguer tout ou partie de leurs propres pouvoirs, à un ou plusieurs mandataires de leur choix, Membre du Conseil d'Administration ou personnel de l'Association. Ces délégations font l'objet d'un écrit, visé par le Président, signé par le déléguant et accepté par le délégataire, précisant leur étendue et leur durée. Le délégataire informe les Membres du Conseil d'Administration du contenu des délégations qu'il a signées.

Les pouvoirs délégués ne peuvent pas être subdélégués.

## **ARTICLE 11-2 DÉSIGNATION**

Le Conseil d'Administration est renouvelé par tiers tous les trois ans. Les Membres sortants sont rééligibles.

En cas de vacance par décès, démission, atteinte de la limite d'âge ou toute autre cause, le Conseil d'Administration pourvoit provisoirement par cooptation au remplacement de ses Membres.

Il est procédé à leur remplacement définitif lors de la prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des Membres cooptés prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des Membres remplacés.

## **ARTICLE 11-3 POUVOIR DU PRÉSIDENT**

Le Président est doté du pouvoir de représenter l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il a qualité pour ester en justice au nom de l'Association.

Il est investi des pouvoirs les plus étendus pour autoriser et effectuer tous les actes et opérations se rapportant aux buts de l'Association et à son fonctionnement, et plus généralement prendre toutes décisions qui ne sont pas réservées par les présents statuts, le règlement intérieur s'il existe et les dispositions législatives ou réglementaires au Conseil d'Administration ou aux Assemblées Générales.

En cas de représentation en justice, il ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale.

## **ARTICLE 11-4 POUVOIR DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le Conseil d'Administration, sur délégation de l'assemblée, autorise tous achats, aliénations, locations ou conventions nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs.

Il se prononce sur les admissions et exclusions des Membres sans que sa décision, quelle qu'elle soit, ait besoin d'être justifiée. Il peut, pour une opération définie dont il est responsable vis-à-vis de l'Association, donner procuration écrite.

Il fixe l'ordre du jour de l'Assemblée Générale Ordinaire et dresse la liste des candidats au Conseil d'Administration à chaque période trisannuelle ou en cas de vacance d'un siège. Il peut déléguer telle ou telle de ses attributions à certains de ses Membres, à condition que cette délégation fasse l'objet d'une procuration écrite préalable dans laquelle est précisé son étendue et sa durée. Il établit et arrête les comptes de l'Association qui sont présentés à l'Assemblée Générale annuelle pour approbation.

Il établit le rapport annuel sur l'activité de l'Association et le fonctionnement du (des) contrat(s) d'assurance collectif(s) souscrit(s) par l'Association.

Il est en outre compétent pour :

définir la politique et les orientations générales de l'Association,

- autoriser toutes acquisitions et ventes de rentes, valeurs, meubles et objets mobiliers et prendre à bail les locaux nécessaires aux besoins de l'Association,

nommer et révoquer les Membres du bureau, Communiquer toute information utile aux Membres sur la situation du (des) contrat(s) d'assurance collectif(s) souscrit(s) par elle auprès d'un Assureur, Signer, sous réserve de l'autorisation ou de la ratification par l'Assemblée générale conformément aux dispositions de l'article R. 141-6 du Code des 4

assurances, tout contrat d'assurance collectifs, un ou plusieurs avenants au(x) contrat(s) d'assurance collectif(s) dans les termes et conditions fixées par les présents statuts,

- Fixer le montant du droit d'adhésion et les modalités correspondantes,

- Procéder à la cooptation de tout Membre du Conseil d'Administration, dans les conditions prévues à l'article 11-2 des présents statuts,

- Procéder à l'établissement du règlement intérieur.

Le Conseil est responsable vis-à-vis de l'Assemblée Générale.

## **ARTICLE 11-5 FONCTIONNEMENT DU CONSEIL**

d'Administration



Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président, ou à la demande des trois quarts de ses Membres et aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige. La présence de la moitié au moins des Membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations.

La convocation est effectuée par le Président ou le Secrétaire au moins 10 jours ouvrés avant la réunion par tous moyens à leur convenance. Ladite convocation comporte un ordre du jour, et toute la documentation nécessaire y relative. En cas d'urgence justifiée, le Président peut convoquer sans délai le Conseil d'administration.

La réunion a lieu dans le lieu précisé dans la convocation ou à défaut au siège de l'Association. Les administrateurs peuvent participer aux réunions par tout moyen, le cas échéant à distance notamment par visioconférence ou téléphone.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire.

Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des administrateurs présents. En cas de partage égal, la voix du Président est prépondérante, sauf si le vote est effectué à bulletin secret.

Tout Membre du Conseil d'Administration qui, sans excuse valable, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être exclu par décision du Conseil d'Administration, après avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

#### **ARTICLE 11-6 INDEMNITÉ**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Le Conseil peut néanmoins décider d'allouer une indemnisation particulière dans les limites fixées réglementairement. Les frais exposés par les Membres du Conseil d'Administration dans le cadre de leurs fonctions et dans l'intérêt de l'Association pourront faire l'objet d'une demande de prise en charge au Conseil d'Administration, sous réserve de présentation des justificatifs.

#### **ARTICLE 12. ASSEMBLEE GENERALE**

L'Assemblée Générale comprend tous les Membres de l'Association en règle de leurs droits d'adhésion, à quelque titre qu'ils y soient affiliés. Elle se réunit une fois par an.

Trente jours calendaires au moins avant la date fixée, les Membres de l'Association sont convoqués par les soins du Secrétaire, par lettre simple, courriel, voie de presse (voie d'insertion dans un Journal d'Annonces Légales du ressort du siège de l'Association), ou par tout moyen légal notamment sur internet pouvant notamment accompagner toute autre correspondance par exemple de l'Assureur.

La convocation comporte obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour et le cas échéant les projets de résolution présentés par le Conseil d'Administration à l'initiative d'adhérents, dans les conditions fixées par les dispositions réglementaires et législatives en vigueur.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est établi par le Conseil d'Administration ou par l'auteur de la convocation. Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale Ordinaire les projets de résolution qui lui ont été communiqués 60

jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée Générale par le 1/10ème des adhérents au moins, ou par 100 adhérents si le 1/10ème est supérieur à 100.

Chaque Membre adhérent et Membre fondateurs dispose d'un droit de vote. Le vote par procuration est admis. La procuration ne peut être donnée qu'à un Membre de l'Association. Un même Membre ne peut pas détenir plus de 5 % des droits de vote. Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

#### **ARTICLE 12.1 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE**

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit chaque année.

Le Président, assisté des Membres du Conseil d'Administration, préside l'Assemblée Générale Ordinaire et expose la situation de l'Association.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'Assemblée Générale Ordinaire. Il présente également le budget de l'exercice suivant qui est voté par l'Assemblée Générale Ordinaire.

**SANTÉ**  
**VITALIA**



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

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

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.



**FMA**  
assurances