Notice d'information
OPTION PREVOYANCE VIE

Garantie Décès ou PTIA en cas d'accident

Article 1. L'objet de votre contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° 097P0017002 est souscrit par l'association USPC auprès de la Mutuelle UMC. L'association USPC, Association régie par la loi du 1er Juillet 1901– située 35 Rue Saint Sabin – 75011 PARIS- a souscrit les garanties objet de la présente notice auprès de la Mutuelle UMC, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007, dont le siège social est situé 35 rue Saint Sabin, 75011 Paris (ci-après désignée « la mutuelle »). La Mutuelle UMC est l'assureur des garanties d'Assurance Maladie, accident et décès offertes aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20. Le présent document est relatif à la souscription de la garantie décès et à la perte totale et irreversible d'autonomie consécutifs à un accident et distribuées par Média Courtage, société par Actions Simplifiée immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Brest sous le n° 524 259 978 et courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS sous le n° 10 058 534 et dont le siège social est situé au 2 avenue Georges Pompidou – 29 200 BREST.

La gestion de vos garanties est confiée à MUTUA GESTION – 54 bis avenue Jacques Douzans – 31602 MURET CEXEX.
Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code de la Mutualité.

Article 2. Définitions

Souscripteur : L'Association

Organisme Assureur : La Mutuelle UMC

Adhérent : Personne physique souscripteur de la demande d'adhésion

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat, âgée de 69 ans au plus pour la garantie décès et 65 ans au plus pour la garantie PTIA.

Conjoint / concubin (second assuré) :
le conjoint ou le concubin désirant être assuré au contrat, répondant également aux conditions de souscription à la garantie. Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du Code civil.

Enfant à charge :
est considéré comme enfant à charge. L'enfant légitime, naturel reconnu ou non, adoptif ou recueilli du membre participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par le PACS, s'il est effectivement à charge au sens fiscal du membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à ses besoins et assure son entretien, à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :

- bénéficier des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ;
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est en apprentissage ;
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il bénéficie d'un Contrat de professionnalisation, et que ses ressources n'excèdent pas 80 % du SMIC ;
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans et être atteint d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice, ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité sociale en qualité d'ayant droit du membre participant ;
- ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il est non salarié, reconnu à charge par l'administration fiscale ou non imposable et s'il justifie de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé.

L'enfant, s'il remplit l'une des conditions énumérées ci-dessus, au titre duquel le membre participant verse une pension alimentaire, l'enfant légitime à naître au moment du décès du membre participant. Ne peut être considéré comme enfant légitime à naître que l'enfant qui

est né, viable, dans les 300 jours du décès du membre participant, conformément aux dispositions des articles 228 et 315 du Code civil.

Accident :
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, rupture d'anévrisme.

Accident de la circulation :
Accident survenu à l'Assuré sur la voie publique en tant que piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule de tourisme motorisé, autre qu'un moyen de Transport en commun. On entend par Transport en commun tout moyen de transport public commercial terrestre, maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers dans un périmètre et à des horaires de départs et d'arrivées déterminés, et en échange d'un titre de transport acquitté.

Bénéficiaires :
En cas de Décès de l'Assuré, le ou les Bénéficiaire(s) seront : son Conjoint, à défaut ses enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, à défaut ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers par part égales entre eux. En tout état de cause, la clause Bénéficiaire peut être modifiée par l'Assuré à condition que celui-ci en fasse la demande expresse par simple lettre adressée à la Compagnie. Pour toutes les autres garanties le Bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

Media Courtage doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le gestionnaire remet aux adhérents une nouvelle notice d'information.
En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article "paiement de la cotisation". Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation du contrat collectif.

Article 4 : La garantie

Décès accidentel
En cas de décès accidentel de l'Assuré, l'assureur garantit le versement du Capital Décès accidentel souscrit par l'Assuré aux bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Assuré sur papier libre, en précisant leur nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle.
À défaut de désignation particulière par l'Assuré, la formule générale suivante s'applique : « le conjoint de l'adhérent, à défaut ses enfants né(s) ou à naître par parts égales entre eux, à défaut ses ascendants par parts égales entre eux, à défaut ses héritiers par parts égales entre eux ». Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'Assuré peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – PTIA accidentelle
Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
• tout assuré ayant bénéficié d'un classement dans la 3e catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (art L341-4 du code de la Sécurité sociale)
• toute personne bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Le versement du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès accidentel.

Le montant de la garantie est celui indiqué dans la demande d'adhésion.

Article 5. L'adhésion au contrat

Adhérents :
peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques (âgées de plus de 18 ans et de 65 ans au plus) résidant en France métropolitaine. Toute demande d'adhésion en dehors de cette zone géographique devra faite

l'objet d'une étude spécifique d'acceptation.

Assurés :
peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les assurés âgés à l'adhésion de 18 à 65 ans inclus. Les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Assuré et lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires, et pourront être admises comme, preuves de l'identité de l'Adhérent, de son consentement (ou celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent Contrat d'Assurance, au contenu de celui-ci, et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui. Il ne peut y avoir, en aucun cas, d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré. Si tel devait être le cas, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion.

Article 6. La vie de l'adhésion

Les effets de garanties :
Les garanties sont acquises à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur (ou un mandataire dument habilité) à l'adhérent sous réserve du paiement effectif de la 1ère cotisation.
L'adhésion est souscrite pour une première période ferme de un an (1 an) à compter de la date d'adhésion qui figure sur le, certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme des garanties tel que défini ci-après.

Modification des garanties :
En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation du gestionnaire et sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par le gestionnaire, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes et pour une période ferme de un an à compter de la date d'effet de l'avenant. La date d'effet sera le 1 er jour du mois suivant la réception de la demande. Tout accident, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à 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 ses rechutes éventuelles (même événement accidentel).

Cessation des garanties :

Les garanties cessent :

•en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement) ;
•au 31 décembre de l'année des 65 ans de l'assuré pour la garantie PTIA ;
•au 31 décembre de l'année des 69 ans de l'assuré pour la garantie décès ;
•au règlement du capital PTIA •au jour du décès de l'assuré ;
•au jour de la résiliation de l'adhésion.

Dématérialisation des échanges :
L'ensemble des échanges entrepris par Media Courtage, l'assureur ou le gestionnaire et destinés à l'assuré pourront être dématérialisés.L'assuré recevra alors ses documents contractuels (certification d'adhésion, avis d'échéance...) sur son adresse de messagerie électronique.

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :
• pour la première période ferme de un an (1 an) : à la date anniversaire, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée au gestionnaire, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de la première année ;
• pour les années suivantes au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée au gestionnaire, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1er janvier ;
• en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par le gestionnaire.

Pour l'assureur :

•en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement) ;
•en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif ;
•Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion
.

Article 7. Délai de renonciation
L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 14 jours calendaires selon les conditions définies sur les formulaires de rétractation joints à la présente notice et en fonction du mode de souscription (vente à distance ou démarchage à domicile)

Article 8. Le paiement de la cotisation
Le mode de calcul :
La cotisation annuelle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1 er janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article "résiliation de l'adhésion".

Mode de paiement de la cotisation :
La cotisation annuelle est payable mensuellement uniquement par prélèvement bancaire. L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle est payable mensuellement.

Défaut de paiement :
A l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, des frais d'impayés de 10€ vous seront facturés. Une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée.
La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur. En cas de paiement du montant figurant sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement.

Article 9. Ce que ne couvre pas le contrat
Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :
• du suicide de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle-ci (ou de toute augmentation de garantie) ;
• d'un vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
• des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
• des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe ;
• l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm3 ;
• les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
• de la participation de l'assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice ;
• des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs / activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane,

vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat ;
• de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entrainements et/ou essais qui la précédent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré ; toute pratique sportive sous contrat rémunéré ;
• de l'état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre ;
• de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de nonrespect de l'ordonnance médicale.

Article 10. La déclaration d'accident
L'assuré doit déclarer à MUTUA GESTION, tout sinistre de nature à entraîner la mise en oeuvre des garanties du contrat, et ce dans les meilleurs délais le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations à l'adresse suivante du Gestionnaire :

Mutua Gestion
BP 90051
54 bis av. Jacques Douzans
31602 MURET Cedex
Tél : 05 61 43 83 83

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à MUTUA GESTION (ou le cas échéant au médecinconseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

En cas de décès accidentel :

Un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès) Un certificat médical précisant la cause exacte du décès.
Toutes justifications d'état civil permettant d'établir les liens de filiation ou familiaux des ayants droit de l'assuré décédé. (copie du livret de famille, attestation PACS si existante)

Copie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaires

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle:

• Un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
• Un justificatif d'attribution d'une pension d'invalide de 3 e catégorie délivrée par la Sécurité sociale. Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Assuré l'expose aux sanctions prévues par le Code de la Mutualité, c'est-à-dire : réduction d'indemnités ou nullité de l'adhésion (articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité). Tous éléments justifiant de l'accident, sa date de survenance et les circonstances précises (lieu, noms des témoins...)
L'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces.

Article 11. Contrôle de l'assuré
L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou son représentant refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

Article 12. Litiges médicaux
En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix.
Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribu-

nal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

Article 13. Territorialité
Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. En cas d'accident hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues qu'à partir du rapatriement de l'assuré en France métropolitaine, après application de la franchise prévue. Les prestations sont payables exclusivement en euro.

Article 14. Prescription
Toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.
Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

Article 15. Informatique et libertés
Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 Août 2004, vous disposez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit individuel d'accès et de rectification pour toutes les informations contenues dans le fichier de l'assureur ou de tous partenaires dûment habilités. Vous disposez d'un droit d'opposition d'utilisation de vos informations en vous adressant à :

Mutuelle UMC :
35 RUE SAINT SABIN
75534 PARIS CEDEX 11
ou à
contact.cil@mutuelle-umc.fr.

Article 16. Examen des réclamations
Pour toute réclamation ou litiges, le membre participant ou l'assuré adresse sa demande écrite à MUTUA GESTION.
Si un désaccord persiste après la réponse fournie, ou s'il considère l'avis de Mutuelle UMC comme insatisfaisant, le Membre Participant ou l'assuré, qui n'a pas encore saisi les tribunaux, peut saisir le Médiateur de MUTUELLE UMC. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à :

MUTUELLE UMC
Service Médiation
36 rue Chemin Vert
75011 PARIS

Si un désaccord persiste encore après la réponse fournie, ou s'il considère l'avis du Médiateur de Mutuelle UMC comme insatisfaisant, le Membre Participant ou l'assuré, qui n'a pas encore saisi les tribunaux, peut saisir le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.
Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à :

FNMF
Service Médiation
255 rue de Vaugirard
75015 PARIS

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de médiation interne, examinera la demande du membre participant et rendra un avis en toute équité et en toute indépendance. L'avis des médiateurs ne préjuge pas du droit du Membre Participant d'intenter une action en justice.

Article 17. Non cumul des garanties
Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'infirmité permanente par accident.

Dans le cas où, après avoir perçu une indemnité résultant de l'infirmité permanente totale ou partielle consécutive à un accident garanti, l'Assuré vient à décéder dans un délai de deux ans des suites du même accident, l'Assureur ou le gestionnaire dument habilité verse au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès, déduction faite du capital déjà perçu en infirmité.

Article 18. Subrogation

La Mutuelle UMC est subrogée dans les droits de la bénéficiaire victime d'un accident ou d'une maladie dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.
Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que Mutuelle UMC a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime.
Afin de permettre à Mutuelle UMC de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre Participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à Mutuelle UMC, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victime.

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du présent règlement ou des conventions passées par Mutuelle UMC seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

Article 19. Autorité de contrôle

Mutuelle UMC est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions dénommée ACPR , située 61 rue Taitbout – 75009 PARIS.

DANS LE CADRE D'UN DEMARCHAGE A DOMICILE

Conformément au Code de la Consommation articles L.121-16 à L.121-18-2 et L.121-21 à L.121-23 tels que modifié par la Loi consommation du 18/03/2014, vous pouvez user de votre droit de rétractation.

Compléter et signer ce formulaire.
1.L'envoyer par Lettre Recommandée avec Accusé de réception.
2.Utiliser l'adresse figurant au dos.
3.L'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du lendemain de la signature du bulletin d'adhésion, ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

En outre, depuis la loi consommation du 18 mars 2014, vous pouvez remplacer le bordereau de rétractation par une déclaration exprimant sans ambigüité votre volonté de vous rétracter envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à votre Mutuelle ou au délégataire de gestion dûment habilité.

Je soussigné(e)- Nom/ Prénom :.....
déclare annuler l'adhésion au contrat ci-après :
- Nom du contrat :.....
- Nom de l'assureur conseil :.....
- Date de la commande :.....
- Nom du client :.....
-Adresse complète de l'adhérent : .....
.....
.....

Fait à ..... le.... /..../....
Signature du client