

OPTION PREVOYANCE HOSPITALISATION

Garantie Indemnités Journalières en cas d'hospitalisation accidentelle

Article 1. L'objet de votre contrat

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative n° 097P0017001 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 des garanties Indemnités Journalières Hospitalières 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 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 CEDEX. 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 65 ans au plus.

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 :

- bénéficiaire 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 cardiovasculaires et cérébraux, rupture d'anévrisme, les maux cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les attaques et les hémorragies cérébrales. Par ailleurs, toute blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

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.

IJH (Indemnités Journalières Hospitalières) :

Prestation forfaitaire déterminée par avance destinée à compenser des préjudices financiers directs ou indirects liés à une hospitalisation provoquée par un accident.

Maladie :

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Les affections aiguës ou chroniques :

lumbagos, tour de rein, sciatiques, lombo-sciatalgies, déchirures, entorses, hernies sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, sauf si l'Assuré apporte la preuve qu'elles sont la conséquence directe d'un accident garanti.

Hospitalisation :

Tout séjour supérieur à 24h dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (Hôpital ou clinique, public ou privé) consécutives à un accident garanti (cf. exclusions de garantie). Ne sont pas considérées comme des hospitalisations au sens du présent contrat : les hospitalisations de jour, à domicile, en gérontologie, en gériatrie, non prises en charge par la Sécurité sociale, en établissements thermaux, d'hydrothérapie, de thalassothérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissements psychiatriques ou en maison de retraite ou hospice.

Article 3. Durée et effet du contrat collectif

Une notice d'information est réalisée par la Mutuelle et doit être remise aux adhérents en même temps que le formulaire de demande d'adhésion. En cas de modifications apportées au contrat, l'assureur, par l'intermédiaire du 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

Allocation hospitalisation en cas d'accident. En cas d'hospitalisation de l'assuré, telle que définie à l'article 2, consécutive à un accident, il est versé une allocation journalière forfaitaire égale au montant garanti à la date de l'accident. Cette allocation, payable mensuellement à terme échu, est versée au plus tôt, après une période d'hospitalisation, appelée période de franchise, égale à 24 heures continues. La durée maximum de cette garantie, y compris la franchise, ne pourra excéder 365 jours. 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 à 65 ans inclus) résidant en France métro-

politaine. Toute demande d'adhésion en dehors de cette zone géographique devra faire 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, ayant satisfait aux formalités suivantes et les enfants âgés de 25 ans et moins et qui sont ayants droit de l'adhérent ayant satisfait les formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion ou adhérer par téléphone avec enregistrement ;
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

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 admis 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.

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

Effet des garanties :

Les garanties sont acquises, après acceptation du gestionnaire dûment habilité, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'assureur à l'adhérent, sous réserve du paiement effectif de la 1^{ère} cotisation. L'adhésion est souscrite pour une première période ferme de un an (1 an) à compter de la date d'effet d'adhésion qui figure sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1^{er} 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 dûment habilité 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, 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 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 69 ans de l'assuré ;
- 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 à l'assureur, 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 au gestionnaire par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de réception de la notification transmise par le souscripteur.

Par 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

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 1er 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 le souscripteur 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 – les exclusions

L'assuré est garanti pour toute hospitalisation consécutive à un accident effectuée en hôpital ou clinique public ou privé, à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :

- tentatives de suicide ;
- actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires ;
- 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 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 ;
- à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques hospices, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, ins-

tituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure ;

- à des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;
- à 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 v-rappe, 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 entraînements et/ou essais qui la précèdent, 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 ;
- à un 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 ;
- à l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non respect de l'ordonnance médicale

Article 10. La déclaration d'accident entraînant une hospitalisation

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 suivant l'hospitalisation.

L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations d'accident 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 médecin-conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

- tout élément justifiant de l'accident, sa date de survenance et les circonstances précises (lieu, noms des témoins...) la nature des lésions constatées médicalement ;
- un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation.
- l'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation.

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir dans les meilleurs délais et précisant qu'il s'agit de la suite du même accident, ainsi que la durée de la prolongation. À la demande de l'assureur, l'assuré fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil du gestionnaire un rapport médical de son médecin traitant. Le gestionnaire ou l'assureur se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'assuré puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

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 ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré 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 Tribunal 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 entraînant une hospitalisation hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE (Organisation de Coopération de Développement Economique), les prestations ne sont dues que pour les jours d'hospitalisation postérieurs au 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. 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 18. Autorité de contrôle

La MUTUELLE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions dénommée ACPR, située 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

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 ambiguïté 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