

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

• A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrns, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

• **Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).**

Art.11 - La modification de vos garanties

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie.

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie et dans la limite des conditions de l'option ECO définies à l'article 6.

Art.12 - Modification du contrat

CEGEMA, l'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le présent contrat. Toute modification des droits et obligations des Adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des Adhérents au présent contrat, selon les dispositions de l'article L.141- 4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées.

Art.13 - Quelles sont vos garanties ?

Votre garantie Santé

• Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au Certificat Personnel d'Adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués. Toutefois nous prendrions en charge le ticket modérateur pour tous les actes pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

• La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond : -à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

-aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

• Nos remboursements viennent en complément de ceux du Régime Obligatoire et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

• Vous ne pouvez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins du Régime Obligatoire et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de maternité.

• Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

• A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

• Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au Certificat Personnel d'Adhésion.

- **Cas particulier des praticiens de la Médecine complémentaire :**

Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite du montant par consultation et de celle du forfait annuel toutes dépenses précisées dans la formule de garantie souscrite du tableau des garanties. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

- **Cas particulier des produits de la médecine naturelle, vaccins non remboursés par la sécurité sociale :**

Certains produits de la médecine naturelle définis au tableau des garanties, et vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire, et délivrés par des pharmaciens, sont remboursés à hauteur de 50 % des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite et sur indications ou prescriptions de médecins ou praticiens de la médecine complémentaire tels que définis dans le paragraphe ci-dessus.

- **Cas particulier du Pack Prévention :**

Certains honoraires, médicaments et actes de prévention, prescrits et non remboursés par le régime de base sont remboursés à hauteur de 50% des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. La liste exhaustive des médicaments, actes et honoraires remboursables dans le cadre du Pack Prévention est précisée au certificat d'adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des adhérents.

- **Cas du forfait automédication**

Certains Médicaments non prescrits, délivrés par des pharmaciens, sont remboursés à hauteur de 100% des dépenses réelles dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Les classes de médicaments concernés, identifiées par leur DCI (Dénomination Commune Internationale), sont jointes avec le certificat d'adhésion. Cette liste est modifiable à tout moment après information préalable des adhérents.

• **Cas particulier du forfait Optique :**

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour les mineurs, le forfait optique s'applique pour un équipement par année d'assurance et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

• **Cas particulier des Cures thermales :**

Il s'agit des cures thermales prises en charge par le Régime Obligatoire et effectuées dans des stations thermales conventionnées par le régime obligatoire.

L'hébergement et les déplacements de soins sont remboursés à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait selon la formule choisie, pour une cure thermique telle que définie ci-dessus.

• **Cas du forfait complémentaire dentaire**

Lorsque que le forfait complémentaire n'a pas été consommé au cours d'une année ou deux successives d'assurance couverte par une formule de garantie **G' Ma Santé TNS**, une partie du forfait dentaire est reportée l'année d'assurance suivante dans les proportions précisées dans la formule de garantie souscrite. Ce forfait complémentaire est ligé au-delà de deux années d'assurance successives de non consommation.

Les services complémentaires santé proposés

• **Tiers payant :** Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

• **Cas du forfait complémentaire dentaire**
L'utilisation de la carte de tiers payant n'est assurée, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé concernés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

• **Dans le cadre de la formule + Hépi seule +** seul le service prise en charge hospitalisation est accessible.

• **Les Services d'Assistance Santé :** S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de vos garanties assistance sont indiquées dans une Convention d'assistance jointe au présent document.

Art.14 - Comment obtenir le règlement de vos prestations ?

Les documents que vous devez transmettre

• **Pour le remboursement des dépenses de santé :** Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation :** L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages** (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, ...) : L'original du décompte du régime de base.

- **Le dentaire :** L'original du décompte du régime de base Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

- **L'optique :** L'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

- **La maternité :** Pour obtenir le paiement de l'indemnité forfaitaire de maternité, la demande d'adhésion au contrat de l'enfant de l'adhérent doit intervenir dans les deux mois qui suivent sa naissance en complément d'un extrait d'acte de naissance.

• **Les praticiens de la Médecine complémentaire :** la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

• **Produits de la médecine naturelle, vaccins non remboursés par la sécurité sociale :** la prescription médicale et la facture détaillée du pharmacien.

- **Honoraires, médicaments et actes de prévention du pack Prévention :** selon la situation la note d'honoraires, la prescription médicale, la facture des produits détaillées précisant les dépenses réelles.

- **Automédication :** La facture détaillée de l'officine présentant la dénomination commune internationale (dci) du médicament. Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

Contrôle des dépenses - Contrôle médical

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :

• tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au **Médecin Conseil** de CEGEMA.

• de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3e médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3e médecin et des frais de sa nomination.

Art.15 - Résiliation

15.1 - L'adhésion peut être résiliée :

Par l'Adhérent :

• A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : **reconduction tacite des contrats :** conformément à l'article L113.15.1 du code des Assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

• Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, 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. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

DE PLEIN DROIT :

- A la date de cessation d'activité d'assurance de la REMA. En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

15.2 - Les modalités de la résiliation

• La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex.

• La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

15.3 Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

15.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

15.4.1 En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

15.4.2 En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Art.16 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est 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 ans à compter du décès de l'assuré.

Article L114-2 :

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'assuré à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 : Par dérogation à l'article L254 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.

Art.17 - Subrogation

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des assurances).

Art.18 - Informatique et liberté

Conformément à la loi informatique et liberté du 6.1.78 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est CEGEMA, l'organisme de gestion du contrat, mentionné sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par CEGEMA, et l'envoi de documents concernant les produits de **Ma santé facile**, destinataire, avec leurs mandataires, partenaires, l'association C.MONASSO et l'Assureur, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein de REMA, l'assureur, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre

dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un **droit d'accès et de rectification des données vous concernant**, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à CEGEMA, Service Informatique, 679, avenue Julien Lefebvre BP 189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse à l'attention du Médecin Conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Art.19 - Les réclamations - La médiation

- Votre premier contact :** **votre interlocuteur habituel.**

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex.

Téléphone **04.92.02.08.50**

- Votre deuxième contact :** **le Service Réclamation.**

Si un désaccord persiste, le Souscripteur peut intervenir auprès de :

• Le service Réclamation CEGEMA, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet cedex. Email : service.reclamations@cegema.com

- En dernier recours :** **le Service Médiation**

Le service Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Service Réclamation en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

- Après épuisement des procédures internes :** **le Médiateur de la FFSA**

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Service Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Art.20 - Autorité de Contrôle

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de contrôle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61, rue Talbot – 75436 Paris Cedex 09.

Art.21 - Possibilité de renonciation

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de contrôle de la réception de la Lettre Recommandée A/R par CEGEMA date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L.112-9-1 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du code des assurances et L.121-20-8 et suivants du code de la consommation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A/R par CEGEMA. Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 15.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa 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 le délai de 14 jours calendaires révisés à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités [...]. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation : L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le Certificat Personnel d'Adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration ou délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

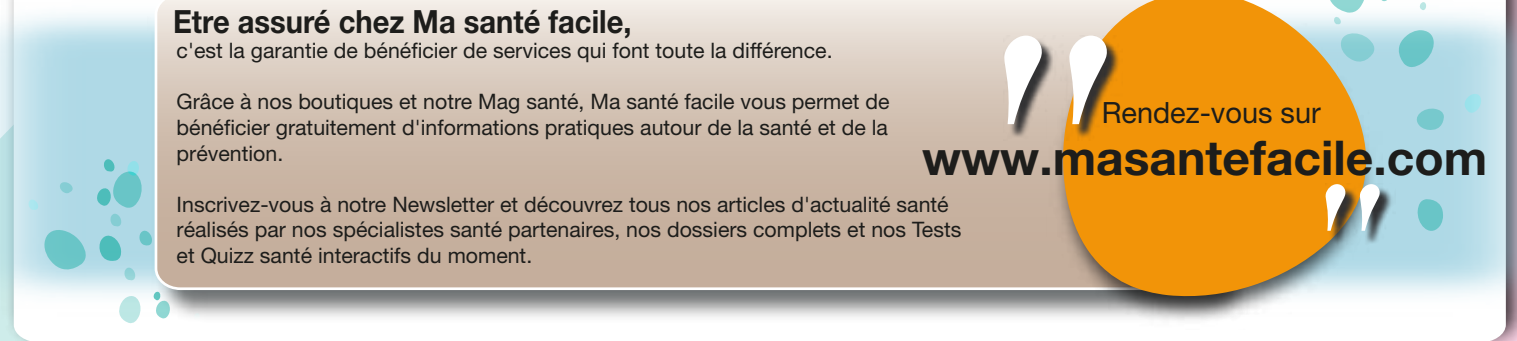
(Je souscris/éte) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à ma demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révisés, à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités [...]. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation». (Indiquez le lieu, la date et votre signature).

G'Ma Santé TNS contrat commercialisé par Ma santé facile, SA de Courtage d'Assurances au capital de 600,000 € - Siège Social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois Perret - 523 227 080 RCS Nanterre N° d'immatriculation d'intermédiaire : 10 057 236 vérifiable auprès de l'Orias (www.orias.fr) 1, rue Jules Lefebvre - 75331 Paris cedex 09

44 Notice d'information G'Ma Santé TNS 01-2016

CEGEMA Assurances : Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre BP 189 - 06272 VILLENEUVE LOUBET Cedex - Tél. 04 92 02 08 50 - Fax 04 92 02 08 50

SA de gestion et de courtage d'assurances au capital de 300 000 € - ORIAS N°07001328 - RCS Antibes B 378966485



Ma santé facile , SA de Courtage d'Assurances au capital de 600 000 €
Siège Social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois Perret • 523 227 080 RCS Nanterre
N° d'immatriculation d'intermédiaire : 10 057 296 vérifiable auprès de l'ORIAS (www.orias.fr)
1, rue Jules Lefebvre - 75331 Paris cedex 09.

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile

ma santé facile