



Santé Cœur de Puisaye

## Formules mutuelle complémentaire santé

### Tarifs mensuels par personne (1) Année 2019

Plafond de Sécurité Sociale 2019(2) : 3.377 €

	INITIAL		CONFORT 150		CONFORT 200		CONFORT 300		PREMIUM	
	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)
<b>Cotisation actifs (3)</b>	30,40 €	0,90%	44,92 €	1,33%	73,62 €	2,18%	108,41 €	3,21%	147,58 €	4,37%
<b>Cotisation enfants à charge (4)</b> gratuité à partir du 3ème enfant	16,89 €	0,50%	27,02 €	0,80%	42,89 €	1,27%	60,79 €	1,80%	81,39 €	2,41%
<b>Cotisation étudiants (5)</b>	26,68 €	0,79%	39,52 €	1,17%	64,51 €	1,91%	95,57 €	2,83%	129,68 €	3,84%
<b>Cotisation retraités (6)</b>	45,59 €	1,35%	67,54 €	2,00%	110,43 €	3,27%	162,78 €	162,78%	22,54 €	6,56%
<b>Adhésion à l'association par contrat</b>	0,50 €		0,50 €		0,50 €		0,50 €		0,50 €	

(1) La tarification inclut 1% de reversement à l'Action sociale de l'Association souscriptrice (Association des professionnels de santé du territoire). (2) Pour que votre pouvoir d'achat suive l'évolution des frais de santé, les cotisations en Euros sont calculées par mois et par personne, en % du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. (3) Actifs : personnes qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires. (4) Enfants à charge : enfants de moins de 26 ans, poursuivant leurs études ou à charge fiscalement du souscripteur. Gratuit à partir du 3e enfant inclus. (5) Étudiant : jusqu'à 28 ans, y compris en alternance, en apprentissage et doctorant. (6) Retraités : personnes qui ont liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires et qui ne bénéficient pas des dispositions du cumul emploi-retraite.

### Exemples de remboursements

Dépense : montant non contractuel, donné à titre indicatif  
Base : montant de base du remboursement Sécurité Sociale

	INITIAL		CONFORT 150		CONFORT 200		CONFORT 300		PREMIUM	
	Max remboursé (6)	Reste à payer (7)	Max remboursé (6)	Reste à payer (7)	Max remboursé (6)	Reste à payer (7)	Max remboursé (6)	Reste à payer (7)	Max remboursé (6)	Reste à payer (7)
<b>Généraliste OPTAM(8) secteur 1 : dépense = 25 €</b> [base : 25 €] (franchise légale de 1 €)	24,00 €	1,00 €	36,50 €	1,00 €	49,00 €	1,00 €	74,00 €	1,00 €	99,00 €	1,00 €
<b>Généraliste OPTAM(8) secteur 2 : dépense = 25 €</b> [base : 25 €] (franchise légale de 1 €)	24,00 €	16,00 €	36,50 €	3,50 €	49,00 €	1,00 €	74,00 €	1,00 €	99,00 €	1,00 €
<b>Ophtalmogiste OPTAM : dépense = 80 €</b> [base : 25 €] (franchise légale de 1 €)	24,00 €	56,00 €	36,50 €	43,50 €	49,00 €	31,00 €	74,00 €	6,00 €	99,00 €	1,00 €
<b>Ophtalmogiste non OPTAM : dépense = 50 €</b> [base : 23 €] (franchise légale de 1 €)	22,00 €	28,00 €	27,75 €	22,25 €	33,50 €	16,50 €	45,00 €	5,00 €	45,00 €	5,00 €
<b>Échographie abdominale OPTAM : dépense = 120 €</b> [base : 56,70 €] (franchise légale de 1 € si réalisé hors hôpital)	55,70 €	64,30 €	84,05 €	35,95 €	112,40 €	7,60 €	169,10 €	1,00 €	225,80 €	1,00 €
<b>Soin dentaire, stomatologie : dépense = 60 €</b> [base : 28 €]	28,00 €	32,00 €	42,00 €	18,00 €	84,00 €	0,00 €	112,00 €	0,00 €	140,00 €	0,00 €
<b>Bridge, prothèse remboursée : dépense = 1.200 €</b> [base : 279,50 €]	349,38 €	850,62 €	419,25 €	780,75 €	838,50 €	361,50 €	1 118,00 €	82,00 €	1 397,50 €	0,00 €
<b>Orthodontie remboursée : dépense = 620 €</b> [base : 193,50 €]	192,50 €	426,50 €	290,25 €	329,75 €	580,50 €	39,50 €	774,00 €	0,00 €	967,50 €	0,00 €
<b>Paire de lunettes : monture + 2 verres multifocal ou progressif, sphère hors zone -8 à +8 : dépense = 650 € [base : 24,54 €]</b>	264,71 €	385,00 €	414,71 €	235,29 €	624,71 €	25,29 €	824,71 €	0,00 €	864,71 €	0,00 €
<b>Ostéopathe (2 consultations à 50 € chacune / an) : dépense = 100 € [base : 100 €]</b>	100,00 €	0,00 €	150,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €	300,00 €	0,00 €

(6) Remboursement de l'AMO + la mutuelle. AMO : Assurance Maladie Obligatoire : CPAM ou autre entité qui gère votre sécurité sociale et Mutuelle complémentaire Santé Cœur de Puisaye. (7) Ce qui vous reste à payer, remboursements AMO + Mutuelle déduits. (8) OPTAM / OPTAM CO : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins); vous retrouverez cette information pour chaque praticien sur le site internet <http://annuaire.sante.ameli.fr>

Remboursement, en % et en €, de l'assurance maladie obligatoire et de la mutuelle	INITIAL	FORMULE 1 150	FORMULE 2 200	FORMULE 3 300	PREMIUM
<b>MÉDECINE</b>					
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	300 %	300 %
Auxiliaires médicaux et analyses (Biologie)	100 %	150 %	200 %	300 %	300 %
<b>HOSPITALISATION ET HOSPITALISATION À DOMICILE (1)</b>					
Frais de séjour	100 %	150 %	300 %	400 %	500 %
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	150 %	150 %	200 %	300 %	400 %
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	125 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ Par jour, en €uros (en % PMSS)	17€ (0,50%)	34€ (1%)	34€ (1%)	34€ (1%)	68€ (2%)
Chambre particulière <sup>(2)</sup> ~ Par jour, soit en €uros (en % PMSS)	34€ (1%)	68€ (2%)	101€ (3%)	135€ (4%)	169€ (5%)
Forfait journalier sans limitation de durée <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption <sup>(4)</sup> soit en €uros (en % PMSS)	169€	236€	304€	507€	675€
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires	100 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Prothèses remboursées par l'AMO <sup>(5)</sup>	125 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Orthodontie non remboursée par l'AMO	380€	580€	950€	1200€	1500€
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	135€	160€	320€	430€	540€
Plafond par an / Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées <sup>(5)</sup>	800€	1000€	1000€	1500€	2500€
<b>OPTIQUE</b>					
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
<b>Forfaits en complément de l'AMO : Un ÉQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans<sup>(6)</sup> Un ÉQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) Forfait annuel<sup>(6)</sup></b>					
Forfait <b>Monture</b>	50€	85€	125€	150€	150€
Forfait <b>par Verre unifocal simple et moyenne correction</b>	50€	100€	150€	160€	160€
Forfait <b>par Verre unifocal forte correction</b>	75€	125€	175€	200€	250€
Forfait <b>par Verre multifocal faible correction</b>	75€	125€	200€	250€	275€
Forfait <b>par Verre multifocal forte correction</b>	100€	150€	230€	275€	350€
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>					
<b>Lentilles</b> remboursées ou non par l'AMO ~ Crédit annuel	100€	150€	250€	300€	450€
Opération des yeux (chirurgie réfractive) ~ Par œil	100€	150€	250€	300€	450€
<b>TRANSPORT</b>					
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>APPAREILLAGES, PRODUITS ET PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)</b>					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien + achat appareil) ~ Par oreille	100 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Autres prothèses et appareillages	100 %	200 %	300 %	350 %	400 %
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée par l'AMO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>CURES THERMALES</b>					
Forfait cure	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Surveillance médicale, hébergement et hydrothérapie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit forfait en €uros (en % PMSS)	169€ (5%)	236€ (7%)	304€ (9%)	405€ (12%)	507€ (15%)
<b>PRÉVENTION</b>					
Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait Prévention : suivi médical, bilan santé complet par un médecin spécialisé en médecine du sport, certificat d'aptitude à la pratique d'un sport, test d'effort, épreuve d'effort d'intensité maximale, examen biologique, bilan psychologique, électrocardiogramme de repos...	100€	150€	250€	350€	450€
<b>DÉCÈS<sup>(7)</sup></b>					
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, en % PMSS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, soit en €uros	100€	150€	250€	350€	450€
<b>E-SANTÉ</b>					
<b>Appli KOVERS E-SANTÉ</b> powered by BewelleConnect de Visiomed Group / prédiagnostic avec CheckUp / téléconsultation avec MyDoc\$ accès au store de santé connectée BewellConnect avec la réduction tarifaire Adhérent SCD	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	100€	150€	250€	350€	450€
Médecine à distance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO</b>					
Forfait par an et par bénéficiaire pour: MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSÉE PAR L'AMO: Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MÉDECINE DOUCE: Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	100€	150€	200€	300€	300€
<b>SERVICES ET ASSISTANCE</b>					
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Avantage réseau de soins	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Protection juridique santé	Carte blanche	Carte blanche	Carte blanche	Carte blanche	Carte blanche
Espace assuré	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Les garanties sont acquises pour les établissements conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est limitée à une prise en charge de 90 jours par an en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour. (3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées. (4) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption. (5) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO. Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle). (6) Optique : Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans (années civiles) sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 année civile). (7) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

**LEXIQUE:** AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur / OPTAM / OPTAM CO : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (à remplacer au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins). Forfait de 24 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle. Les prestations en €uros sont accordées par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées. Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant signé la convention OPTAM / CO. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle de France Unie – 39 rue du Jourdil – 74960 Cran-Gévrier

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) telle que la Sécurité Sociale. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



#### QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge. Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ Hospitalisation et maternité: honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnant jusqu'à 18 ans, prestation maternité
  - ✓ Soins courants et prescriptions médicales: consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, radiologie et analyses médicales, médicaments (remboursés à 15, 30, et 65 % par la Sécurité sociale)
  - ✓ Soins dentaires: soins, prothèses, orthodontie, y compris dentaire non remboursé par l'AMO
  - ✓ Optique: équipement complet (monture + 2 verres), lentilles (remboursées ou non), opération des yeux
  - ✓ Appareillage et prothèses
  - ✓ Cure Thermale : soins + forfait
  - ✓ Actes de prévention loi 2004 : tous les actes sont remboursés
  - ✓ Allocation décès : jusqu'à 69 ans inclus
  - ✓ Prestations complémentaires : y compris médecines prescrites non remboursées par l'AMO (Santé connectée, médicaments, analyses...)
  - ✓ Médecines douces
  - ✓ Les services systématiquement prévus
  - ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (réseau Carte Blanche)
  - ✓ Réseau d'opticiens carte blanche
  - ✓ Réseau E-opticiens: reste à charge zéro avec notre partenaire sensee.com
  - ✓ Services en ligne dans votre Espace Personnel sur helium.gestion-sante.com: gestion du contrat à distance, suivi des remboursements, dépôt de vos factures et justificatifs...
  - ✓ Service de Téléconsultation KOVERS e-santé 24h/24, 7j/7
  - ✓ Protection juridique
- L'assistance systématiquement prévue**
- ✓ En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours, aide au retour à domicile (ménage, courses), courses, repas, garde d'enfant ou animal, école à domicile, livraison de médicaments
  - ✓ Aide aux démarches administratives

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



#### QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



#### Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

##### Les principales exclusions du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

##### Les principales restriction

**Forfait chambre particulière :** limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (psychiatrie, repos, convalescence et rééducation)

**Dentaire :** plafond annuel sur prothèses dentaires, au-delà duquel le remboursement passe à 125%

**Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue



#### OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties s'exercent dans le monde entier, pour des séjours n'excédant pas 90 jours, dès lors qu'il y a prise en charge par les régimes obligatoires français
- ✓ Les garanties d'assistance aux personnes sont acquises en France métropolitaine (et par assimilation dans les principautés de Monaco, et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.



## QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### À la souscription du contrat :

- Valider avec exactitude les informations indiquées sur le certificat d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

#### En cours du contrat :

- Payer les cotisations,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire
- Informer l'assureur des événements suivants dans les 3 mois de leur survenance :
  - Changements de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession : modification du statut professionnel, départ à la retraite...



## QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont mensuelles et payables pour le mois en cours.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque, ou prélèvement automatique.



## QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



## COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- La 1ère année, à la date anniversaire d'adhésion au contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- Après la première année, à la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.