

ASSURANCE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Sérénis Assurances SA –
Entreprise d'assurance immatriculée en France
et régie par le code des assurances

Produit : Hospi Protec

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 des garanties.

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

Hospi Protec est une assurance accordant une indemnité forfaitaire par journée en cas d'hospitalisation en France pour maladie ou accident.



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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. En cas d'accident après la prise d'effet de l'adhésion, le montant de l'indemnité est majoré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ Les hospitalisations en service de médecine, chirurgie et maternité dans la limite de 90 jours d'hospitalisation par an.
- ✓ Les hospitalisations en établissements de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle faisant immédiatement suite à un séjour indemnisé, sans retour au domicile

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- X Toute hospitalisation en cours au moment de l'adhésion
- X Toute hospitalisation en cours avant l'adhésion
- X Toute hospitalisation ayant lieu durant le délai de carence
- X Toute hospitalisation à l'étranger



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! L'hospitalisation de jour, à domicile, ambulatoire
- ! Les séjours en gériatrie et en structure de perte d'autonomie
- ! Les séjours en établissement ou service de psychiatrie
- ! Les séjours pour soins ou traitements esthétiques
- ! Les séjours en établissement de cure quel qu'en soit le motif médical

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les garanties ne s'appliquent qu'après un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion et de la date d'effet de la modification de garantie, quel que soit le motif de l'hospitalisation. Cette carence ne s'applique pas en cas d'accident survenu après la prise d'effet de l'adhésion.
- ! La garantie est accordée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation pour toute hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs.

SERENIS ASSURANCES

Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS –N° TVA FR 13350838686 – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel – 26000 VALENCE



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'appliquent aux hospitalisations en France.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de non garantie, de suspension ou de résiliation :

- **A la souscription du contrat**
Répondre exactement aux questions posées par l'assureur.
- **En cours de contrat**
L'adhérent est tenu de porter à la connaissance de l'assureur dès qu'il en a connaissance tout changement de domicile hors de France.
- **En cas de sinistre**
L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces lui permettant de déterminer le montant de sa prestation. La demande doit se faire, dès connaissance du sinistre, par téléphone ou par courrier auprès de COFIDIS qui vous remettra les formulaires de déclarations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est payable d'avance annuellement. Un paiement mensuel fractionné peut toutefois être accordé. Dans ce dernier cas, l'assuré est informé à l'avance des montants et dates de prélèvement. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement, carte bancaire ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. Il est conclu pour une durée d'un an et se reconduit automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale.

Le contrat prend fin en cas :

- A l'échéance suivant le 65^{ème} anniversaire de l'adhérent lorsque la souscription a été réalisée avant l'âge de 60 ans
- A l'échéance suivant le 75^{ème} anniversaire de l'adhérent lorsque la souscription a été réalisée après l'âge de 60 ans
- De résiliation par l'assuré dans les cas et conditions fixées au contrat ;
- De non-acceptation par l'assuré, dans un délai d'un mois, d'une nouvelle proposition tarifaire faite par l'assureur ;
- De non-paiement de la cotisation ;
- De retrait de l'agrément de l'assureur

Une information sera adressée à l'adhérent pour lui signifier la date de fin de garantie.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion est résiliable par l'adhérent à tout moment, moyennant préavis d'1 mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée, soit par déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur, soit par acte extra judiciaire.

Réf. 16.53.88 – 10/2018

SERENIS ASSURANCES

Société anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 16 422 000 € - 350 838 686 RCS ROMANS –N° TVA FR 13350838686 – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel – 26000 VALENCE

Hospi' Protec
Notice d'information valant information contractuelle et précontractuelle
(article L 141-4 du Code des Assurances)

Pour nous contacter pour une question relative au règlement des prestations, contacter : TELSANTE 03 88 14 00 33
Une seule adresse : Hospi' Protec - 63, chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi, pour le versement d'une indemnité par jour d'hospitalisation, notre Société SERENIS ASSURANCES SA 63, Chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX et nous vous en remercions.

Nous vous invitons à vous reporter au certificat d'adhésion qui vous a été remis et qui complète cette notice, afin de connaître les caractéristiques de votre contrat personnel, en particulier les garanties que vous avez souscrites.

SOMMAIRE

Dispositions spécifiques à la vente à distance et à la souscription par voie téléphonique	1
Définitions	1
Le contrat collectif	2
Art. 1 - La nature du contrat	2
Art. 2 - L'objet du contrat	2
Art. 3 - Le caractère du contrat	2
La vie du contrat	2
Art. 4 - Les conditions et les formalités d'adhésion	2
Art. 5 - Les cotisations	2
Art. 6 - La résiliation de l'adhésion	2
Art. 7 - Les obligations de l'adhérent	2
Art. 8 - La fraude et la fausse déclaration	2
Art. 9 - L'étendue territoriale des garanties	2
Art. 10 - La prescription	2
Les garanties	3
Art. 11 - Les garanties	3
Art. 12 - Le délai de carence	3
Art. 13 - Les franchises	3
Art. 14 - L'indemnité en cas d'accident	3
Art. 15 - La durée de versement de l'indemnité hospitalière	3
Art. 16 - Les exclusions	3
Art. 17 - Le règlement des prestations	3
Art. 18 - La subrogation	3
Informations Légales	3

En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

2. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SOUSCRIPTION PAR VOIE TELEPHONIQUE

2.1. MODALITES DE SOUSCRIPTION

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de la souscription par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez la souscription à l'assurance. Après la souscription les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale.

2.2. PREUVE DU CONTRAT

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité du souscripteur, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.

De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE, AU DEMARCHAGE ET A LA SOUSCRIPTION PAR VOIE TELEPHONIQUE

1. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE ET AU DEMARCHAGE

- Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

La présente notice vaut également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

- Faculté de renonciation

Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.

L'article L 112-9 alinéa 1 du code des Assurances énonce notamment :

« I. - 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 de y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai commence à courir à compter du jour :

- de la conclusion du contrat ;
- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure, et expire le dernier jour à 24h00.

Afin de renoncer au contrat, il convient d'adresser à l'assureur, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :

« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur le bulletin d'adhésion au contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant proposé l'adhésion].
[Date] [Signature de l'adhérent] »

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

DEFINITIONS

Pour l'application du contrat, il faut entendre par :

Intermédiaire en assurance :

COFIDIS - Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 67 500 000 € - Siège social : Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley, 59866 Villeneuve d'Ascq Cedex - RCS LILLE METROPOLE 325 307 106 - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 023 493 (consultable sur le site www.orias.fr), détenu indirectement à plus de 10 % par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS92459 75436 Paris cedex 09.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

Adhérent : Toute personne physique qui, par la signature du bulletin d'adhésion, ou par son consentement oral (lorsqu'il adhère par voie téléphonique), demande à bénéficier des dispositions du contrat sous réserve que son adhésion ait pris effet dans les conditions déterminées par la présente notice d'information.

L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

Année de garantie : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Assuré social : Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Avenant : Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.

Déchéance : Perte du droit à la garantie de l'assureur pour un sinistre donné au cas où l'assuré ne respecte pas ses obligations.

Délai de carence : Période pendant laquelle la garantie n'est pas appliquée.

Echéance principale : Date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Exclusion : Clause par laquelle l'assureur manifeste sa volonté d'écarter de la garantie certains événements ou types de dommages.

Hospitalisation : Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement de santé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie ou un accident.

Prescription : Délai au terme duquel toute action dérivant du contrat est éteinte.

Résiliation : Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur, dans les cas et conditions prévus par la loi, ou dans le contrat d'assurance, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

LE CONTRAT COLLECTIF

1. NATURE DU CONTRAT

Hospi' Protec est un contrat collectif à adhésion facultative. Il est conclu entre SERENIS ASSURANCES SA ci-après dénommé « assureur » et COFIDIS, ci-après dénommé « souscripteur ».

Ce contrat est régi par le Code des assurances et peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents une indemnité forfaitaire par journée en cas d'hospitalisation en France pour maladie ou accident.

La garantie ne s'exerce que pour les sinistres survenus pendant la période de validité de l'adhésion.

3. CARACTERE DU CONTRAT

Le contrat est solidaire c'est-à-dire sans formalités médicales à l'adhésion et le montant de la cotisation n'est pas fonction de l'état de santé de l'adhérent.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères du contrat solidaire les garanties pourront être adaptées.

LA VIE DU CONTRAT

4. CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION

4.1. Qualité d'Adhérent ou de Bénéficiaire

Toute personne majeure âgée de moins de 71 ans au jour de la prise d'effet de l'adhésion et domiciliée en France peut bénéficier de ce contrat en qualité d'adhérent.

4.2. Prise d'effet et durée de l'adhésion

La date de prise d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le certificat d'adhésion.

4.2.1. Prise d'effet

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- à l'acceptation par l'assureur des personnes à garantir ;
- à l'encaissement de la 1ère cotisation relative à l'adhésion au contrat selon les modalités fixées par l'article 5.1 de la présente notice d'information.

4.2.2. Durée

L'adhésion a une durée annuelle. Elle se renouvelle, sous réserve du paiement de la cotisation, à chaque anniversaire de sa prise d'effet, par tacite reconduction :

- pour les adhésions souscrites avant l'âge de 60 ans jusqu'au 65ème anniversaire de l'adhérent ;
- pour les adhésions souscrites après l'âge de 60 ans jusqu'au 75ème anniversaire de l'adhérent.

Sauf résiliation préalable de l'adhésion, les garanties cessent à l'échéance principale suivant le 65ème anniversaire de l'adhérent pour les adhésions souscrites avant l'âge de 60 ans et suivant le 75ème anniversaire de l'adhérent pour les adhésions souscrites après l'âge de 60 ans.

Une information sera adressée à l'adhérent pour lui signifier la date de fin de garantie.

4.3. Modification de garantie

L'adhérent peut demander la modification du montant de sa garantie par écrit à tout moment moyennant préavis d'un mois.

Cette modification entraîne l'application d'un nouveau délai de carence.

5. COTISATIONS

5.1. Montant à l'adhésion

Le montant de la cotisation annuelle est précisé sur le certificat d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de l'assureur ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur la demande d'adhésion.

Lorsque vous optez pour le paiement de votre prime par prélèvement, le bulletin d'adhésion remis lors de la souscription, le bulletin d'avenant ou le certificat d'adhésion, vaut pré notification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

5.2. Variation des cotisations en cours d'adhésion

Les cotisations du contrat sont fonction de l'âge du client à l'adhésion.

5.3. Conséquences du retard dans le paiement

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur votre contrat, vous perdez le bénéfice de cette facilité de paiement.

Nous adresserons, à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- une suspension de vos garanties, trente jours après l'envoi de cette lettre ;
- la résiliation de votre contrat dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si les garanties de votre contrat ont été suspendues mais que vous payez, avant que votre contrat ne soit résilié, la cotisation due, vos garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, nous poursuivrons le recouvrement des sommes qui nous sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de votre contrat, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

6. RESILIATION DE L'ADHESION

6.1. Résiliation par l'adhérent

L'adhésion est résiliable par l'adhérent à tout moment, moyennant préavis d'un mois à adresser à l'assureur par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur, soit par acte extra judiciaire.

6.2. Résiliation par l'assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 5.3. de la présente notice d'information ;
- en cas de réticence ou de déclaration intentionnellement fautive, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion
- en cas de fraude au sens de l'article 8 de la présente notice d'information.
- en cas de changement de domicile hors de France.

7. LES OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

7.1. Pendant la vie du contrat

L'adhérent est tenu de porter à la connaissance de l'assureur dès qu'il en a connaissance tout changement de domicile hors de France.

7.2. En cas de sinistre

L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes pièces lui permettant de déterminer le montant de sa prestation.

8. FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION

Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées il est déchu de tout droit aux prestations pour le sinistre en cause.

Si de mauvaise foi, l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, exagère le montant des frais, emploi comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations. Il appartient à l'assureur d'établir le caractère frauduleux.

9. L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'exercent pour toute hospitalisation en France.

10. LA PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code « 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 prouvent 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. »

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'article L 114-2 du Code « 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 ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur 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.»

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré,
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

LES GARANTIES

11. LES GARANTIES

Le contrat a pour objet d'accorder au bénéficiaire une indemnité forfaitaire par journée en cas d'hospitalisation en France pour maladie ou accident.

TABLEAU DES GARANTIES		Formule	
		20EUR	30EUR
- Hospitalisation en service de médecine, chirurgie	Hors accident	20 € / jour	30 € / jour
- Hospitalisation en établissements de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle lorsque ces séjours font immédiatement suite à un séjour indemnisé, sans retour au domicile.	Ayant pour cause un accident	40 € / jour	60 € / jour

12. DELAI DE CARENCE

Les garanties ne s'appliquent qu'après un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion et de la date d'effet de la modification de garantie, quel que soit le motif de l'hospitalisation. Cette carence ne s'applique pas en cas d'accident survenu après la prise d'effet de l'adhésion.

13. FRANCHISES

La garantie est accordée à compter du 1er jour d'hospitalisation pour toute hospitalisation de plus de deux jours consécutifs.

14. INDEMNITE EN CAS D'ACCIDENT

L'indemnité majorée en cas d'accident s'applique aux accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion. Les hospitalisations consécutives à un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion donnent droit à l'indemnité de base.

15. DUREE DE VERSEMENT DE L'INDEMNITE HOSPITALIERE

La durée maximale de versement de l'indemnité hospitalière est fixée à 90 jours par an tant que l'adhésion est en vigueur. Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires de l'adhésion).

La résiliation de l'adhésion met fin à toute prestation dès le lendemain de la résiliation.

16. EXCLUSIONS

Sont exclus de la garantie indemnité hospitalière :

- l'hospitalisation de jour,
- l'hospitalisation à domicile
- l'hospitalisation ambulatoire
- les séjours en gériatrie et en structure de perte d'autonomie
- les séjours en établissement ou service de psychiatrie
- les séjours pour soins ou traitements esthétiques
- les séjours en établissement de cure quel qu'en soit le motif médical

Sont également exclues de la garantie les hospitalisations consécutives :

- à la guerre civile ou étrangère, d'émeute ou de rixe, à des actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent ou le bénéficiaire a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- à la transmutation du noyau atomique.

17. REGLEMENT DES PRESTATIONS

La demande doit se faire, dès connaissance du sinistre, par téléphone ou par courrier auprès de COFIDIS qui vous remettra les formulaires de déclaration mentionnés ci-dessous.

Le règlement des prestations se fera sur la base :

- d'un bulletin d'hospitalisation délivré par l'établissement de soins, mentionnant les dates d'entrée et de sortie et précisant le service dans lequel l'adhérent a séjourné.
 - d'une déclaration d'hospitalisation complétée par l'adhérent
- L'assureur se réserve le droit, de demander tout document complémentaire nécessaire à déterminer le risque et à calculer l'indemnité accordée.
- Toutes les pièces nécessaires au versement d'une prestation sont à adresser à :

Service Médical Sinistre « Assurances de Personnes »
46 rue Jules Méline
53098 LAVAL CEDEX 9

18. SUBROGATION

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

INFORMATIONS LEGALES

LOI ET LANGUE APPLICABLE

La loi applicable au contrat et à la relation précontractuelle est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de Moselle. Toute relation entre les parties se fait en langue française, ce que chaque partie accepte expressément. Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de la souscription du contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

RECLAMATION

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.

Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au :

Responsable des Relations Consommateurs

SERENIS ASSURANCES SA
25 rue du Docteur Henri Abel
26000 VALENCE

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <<https://webgate.ec.europa.eu/odr>>

MEDIATION

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes et réponse définitive de l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09.

AUTORITE DE CONTROLE

SERENIS ASSURANCES SA est placé sous le contrôle de :
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4, Place de Budapest
CS92459
75436 PARIS CEDEX 09

VOS DONNEES PERSONNELLES

1. Le traitement de vos données personnelles

1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, vos données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits dont vous disposez

2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

2.3. En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

FACULTE D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.