
Santé Créole

Dispositions Générales
Valant Notice d'information

Sommaire

Glossaire	4
Introduction.....	7
Les garanties d'assurances.....	8
1.1 Objet du contrat.....	8
1.2 Conditions de garanties.....	8
1.3 Cadre juridique du contrat : contrat dit responsable.....	8
1.4 Montant de remboursements	8
1.5 Étendue des garanties	8
1.6 Le bonus fidélité	10
1.7 Assurance en cas de naissance ou d'adoption.....	10
1.8 Prise d'effet des garanties.....	10
1.9 Etendue territoriale de la garantie	10
1.10 Sanctions internationales.....	11
1.11 Règlement des prestations.....	11
Les services d'assistance.....	12
2.1 Généralités	12
2.2 Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance.....	12
2.3 Modalités d'intervention	13
2.4 Prestations d'assistance aux personnes	13
2.5 Dispositions générales de l'assistance	17
La protection juridique médicale.....	20
3.1 Prise d'effet et durée de la garantie.....	20
3.2 Domaines d'intervention et Prestations.....	20
3.3 Exclusions et Conditions de la garantie	20
3.4 Garantie financière.....	21
3.5 Libre choix de l'avocat et modalités de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'avocat.....	22
3.6 Fonctionnement de la garantie	22
La vie du contrat.....	24
4.1 Prise d'effet et durée du contrat	24
4.2 Assurés	24
4.3 Vos déclarations à la souscription et en cours de contrat.....	24
4.4 Modifications du contrat.....	25
4.5 Résiliation du contrat.....	26
4.6 Cotisation	27
4.7 Subrogation	27
4.8 Prescription.....	27
4.9 Information de l'assuré	28
4.10 Informations sur la protection des données personnelles	28
4.11 Démarchage à domicile	31
4.12 Vente à distance	31

Glossaire

Glossaire général

A

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ACTE HORS NOMENCLATURE

Actes médicaux non-remboursés par la Sécurité sociale.

Exemple : l'ostéopathie, certains frais dentaires, etc.

ASSURE

Personne(s) désignée(s) expressément aux Dispositions Particulières bénéficiant des garanties du contrat, à savoir :

- le Souscripteur ou l'adhérent,
- ses ayants droit, c'est-à-dire les personnes nommément désignés par le Souscripteur ou l'adhérent.

comme bénéficiaire(s) de la garantie.

AUXILIAIRES MEDICAUX

Professionnels paramédicaux : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues dont les actes sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire française.

B

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire française.
Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA), lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire française.
Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

BÉNÉFICIAIRE

Personne(s) désignée(s) expressément aux Dispositions Particulières bénéficiant des garanties du contrat, à savoir :

- le Souscripteur ou l'adhérent,
- ses ayants droit, c'est-à-dire les personnes nommément désignés par le Souscripteur ou l'adhérent.

C

CHIRURGIE OPTIQUE

Intervention chirurgicale au laser destinée à corriger la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie.

CONTRAT RESPONSABLE

Contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et à l'ensemble des textes d'applications afférents à cet article.

CONTRAT SOLIDAIRE

Contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé et dont les cotisations n'évoluent pas en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

D

DATE D'EFFET

Date à laquelle votre contrat d'assurance complémentaire santé entre en vigueur.

DATE ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle votre contrat d'assurance complémentaire santé se renouvelle tacitement chaque année.

Cette date est indiquée dans vos Dispositions Particulières.

E

ÉCHÉANCE

Date à laquelle doit être payée la cotisation ou une fraction de celle-ci.

F

FORFAIT

Montant en euros représentant des plafonds annuels, versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait fixé par arrêté ministériel correspondant aux frais d'hébergement, de restauration, d'entretien, entraînés par une hospitalisation dans un établissement de santé pour une durée supérieure à 24h. Il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale.

FRAIS RÉELS (FR)

Montant total de la dépense engagée par une personne pour un acte médical.

FRAIS DE SEJOUR

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour.

H

HONORAIRES

Rémunération d'un professionnel de santé.

HOSPITALISATION

Séjour effectué en qualité de patient, prescrit par un médecin, d'une durée minimale de 24h, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie, un accident ou une maternité et justifié par un bulletin d'hospitalisation.

I

IMAGERIE MEDICALE

Image obtenue grâce au scanner, la radiographie, l'échographie et autres procédés qui permettent d'établir un diagnostic.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

Acte visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

Glossaire

N

NOMENCLATURE(S)

Elle définit les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire française et les conditions de leur remboursement.

Les principales sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes réalisés par les chirurgiens dentistes, il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire (CCAM dentaire).
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

NOUS

Désigne selon le cas soit Prudence Créole, soit Europ Assistance , soit L'Équité, soit Apria.

O

ORTHODONTIE

Spécialité médicale qui vise à prévenir ou à corriger les anomalies de position des dents.

ORTHOPEDIE

Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

P

PARODONTOLOGIE

Discipline qui a pour objet de soigner ou prévenir les maladies parodontales c'est-à-dire les infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents.

PARTICIPATION FORFAITAIRE

Forfait de 1€ laissé à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

PRATICIENS NON REMBOURSES

Praticien fixant lui-même son tarif. Ostéopathe, Homéopathe, Etiopathe, Podologue, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue.

PROTHESES AUDITIVES

Appareils améliorant l'audition, les différents types de prothèses auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes sur prescription d'un médecin ORL (Otho-rhino-laryngologiste) ou d'un médecin généraliste.

PROTHESES DENTAIRES

Elles remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées.

R

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO)

Régime légal français de Protection Sociale auquel est affilié l'Assuré.

RENFORT

Garantie optimisée permettant de bénéficier de remboursements plus élevés, moyennant une hausse de cotisation.

S

SECTEUR 1 / SECTEUR 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale.
- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires.

SOINS DENTAIRES

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux soins à apporter en cas de problème dentaire. Il s'agit des consultations, des soins conservateurs et chirurgicaux.

Le praticien conventionné à l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut pas pratiquer de dépassements (à la différence des prothèses dentaires qui sont des actes à honoraires libres). Les tarifs sont alors dits « opposables ».

SOUSCRIPTEUR

La personne physique qui a signé le contrat d'assurance complémentaire santé et s'est engagée à en payer les cotisations.

T

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire française (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

TIERS PAYANT

Système de paiement qui permet au bénéficiaire de ne pas faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins, dans la limite des garanties souscrites telles que prévue au présent contrat.

TRANSPORT SANITAIRE

Transport prescrit par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'assurance maladie obligatoire.

V

VOUS

Désigne le souscripteur, l'adhérent et ses bénéficiaires.

Glossaire

Glossaire spécifique aux garanties de Protection juridique

D

DÉPENS

Toute somme figurant limitativement à l'article 695 du Code de Procédure Civile, et notamment, les droits, taxes redevances ou émoluments perçus par les secrétariats des juridictions, les frais de traduction des actes lorsque celle-ci est rendue obligatoire, les indemnités des témoins, la rémunération des techniciens, les débours tarifés, les émoluments des officiers publics ou ministériels et la rémunération des avocats dans la mesure où elle est réglementée y compris les droits de plaidoirie.

DATE DU SINISTRE

C'est la date du refus qui est opposé à la réclamation constitutive du sinistre.

F

FAIT GÉNÉRATEUR

Il s'agit du fait générateur du sinistre garanti par le présent contrat, c'est-à-dire la survenance de tout événement ou fait constitutif d'une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

L

LITIGE

Situation conflictuelle vous opposant à un Tiers.

P

PRÉJUDICE

Il s'agit de la conséquence avérée de tout dommage corporel ou matériel dont vous êtes victime et qui résulte soit d'un cas fortuit ou d'un accident, soit d'un rapport contractuel.

S

SINISTRE

Est considéré comme sinistre au titre des garanties de Protection Juridique le refus exprès ou tacite qui est opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

SINISTRE GARANTI

Il s'agit du sinistre dont le fait générateur est né postérieurement à la prise d'effet du contrat et qui satisfait à l'ensemble des conditions contractuelles de prise en charge.

T

TIERS

Toute personne étrangère au contrat.

Introduction

Votre contrat « Santé Créole », est souscrit auprès de Prudence Créole, 32 rue Alexis de Villeneuve, CS 71081 – 97404 Saint Denis, société régie par le Code des Assurances.

Votre adhésion est composée :

- **Des présentes Dispositions Générales** qui définissent les garanties, nos engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie de votre contrat.
- **Des Dispositions Particulières** qui matérialisent l'adhésion et retracent les éléments personnels de votre contrat, vos déclarations et les garanties que vous avez souscrites.
- **Du tableau des garanties qui détaille l'ensemble des postes de remboursement et leurs montants.**

Si vous êtes travailleur non salarié et si vous souhaitez bénéficier des avantages fiscaux de la loi n°94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin », vous devez souscrire à l'option « Loi Madelin ».

L'assureur des garanties d'assurance est **PRUDENCE CREOLE**.

Les services d'assistance sont garantis et fournis par **EUROP ASSISTANCE**.

L'assureur des garanties Protection Juridique est **PRUDENCE CREOLE**. Le gestionnaire de la garantie est **L'EQUITE** 2 rue Pillet Will 75009 Paris.

Délégation de la gestion des prestations «garanties d'assurances»

L'assureur délègue par convention le règlement des prestations à :

APRIA
Section Tiers Délégué,
200 Boulevard Jean Jaures – CS 50583
97495 Sainte Clotilde Cedex

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est

L'autorité de Contrôle et de Résolution
ACPR
4 place de Budapest
CS 92459
75436 Paris Cedex 09

Les garanties d'assurance

1.1 – Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, en complément des prestations versées par un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Tous les Assurés bénéficient de prestations d'assistance médicale, ainsi que du service de tiers payant.

1.2 – Conditions de garanties

Pour bénéficier des garanties, les assurés, y compris leurs ayants-droits, doivent être affiliés à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.

Seuls les frais engagés entre les dates d'effet et de résiliation du contrat, et dont la prescription ou l'examen ne seraient pas antérieurs à la période de garantie, seront pris en charge.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie.

Le fait générateur de l'assurance étant contractuellement défini comme l'engagement des frais, les frais engagés après la cessation de la garantie ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à cette cessation.

1.3 – Cadre juridique du contrat : contrat dit responsable

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « Contrats Responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et autres décrets et arrêtés applicables).

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie.

L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité Sociale est pris en charge par le présent contrat.

Le présent contrat est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles L871-1, R871-1 et R872-2 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolutions législatives ou réglementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Assuré.

1.4 – Montant de remboursements

Les montants des remboursements s'entendent :

- après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau des garanties. Les montants de remboursements figurant dans le tableau des garanties sont exprimés, suivant le cas :

- en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) : Tarif de Convention (TC) en secteur conventionné ou Tarif d'Autorité (TA) en secteur non conventionné,
- en frais réels (FR),
- sous la forme de montants annuels exprimés en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie :
 - Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'assurance et par bénéficiaire et ne peuvent être dépassés. Ils se renouvellent chaque année à la date d'effet du contrat et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.
 - Seul le poste « Frais d'optique » qui comprend 2 verres et une monture s'apprécie sur une période de 2 ans. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.
- sous la forme de montant par acte exprimé en euros.

Le tarif en vigueur auquel nous nous référons pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

Dans tous les cas, vos remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés.

Cas particuliers :

- L'allocation de naissance ou adoption : le montant forfaitaire mentionné au tableau des garanties, est versé en intégralité à la condition que l'enfant (ou les enfants) soit (soient) assuré(s) dans les 3 mois qui suivent l'évènement. Ce forfait est doublé en cas de naissance ou d'adoption gémellaire.
- L'allocation de solidarité obsèques : le montant forfaitaire en euros mentionné au tableau des garanties, est versé en cas de décès du souscripteur du contrat jusqu'à ses 65 ans.

1.5 – Étendue des garanties

Les garanties ainsi que le niveau de remboursement sont déterminés en fonction de la formule et des options choisies, indiquées sur vos Dispositions Particulières et repris au tableau des garanties. Pour chaque formule, le tableau des garanties précise la nature et les montants de remboursements ainsi que les bonus et plafonds éventuels des différents postes de frais.

Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites.

1.5.1 – Les garanties de base

Le remboursement des frais médicaux

Sauf dérogations éventuelles prévues au tableau des garanties, seuls les frais ayant préalablement donné lieu à un remboursement par votre Régime Obligatoire d'Assurance maladie français sont pris en charge au titre du présent contrat. **Pour tous les actes ci-après se référer aux formules et options figurant sur vos Dispositions Particulières.**

Soins courants

- consultations et visites de généralistes et spécialistes y compris indemnités de déplacement des praticiens,
- imagerie et radiologie, analyses et prélèvements, auxiliaires médicaux,
- actes de spécialité : orthopédie, orthophonie, orthoptie,

Les garanties d'assurance

- actes techniques médicaux,
- Praticiens non remboursés par la Sécurité sociale,
- transport sanitaire

Matériel médical

- appareillage (hors optique et dentaire), orthopédique, capillaire, mammaire, oculaire.

Pharmacie (générique)

- médicaments prescrits médicalement.

Optique

- forfait optique en complément du remboursement des verres correcteurs, des montures et des lentilles correctrices prises en charge par le Régime Obligatoire et des lentilles correctrices prescrites médicalement mais non prises en charge par le Régime Obligatoire,
- chirurgie optique : forfait par œil sur prescription médicale.

En application du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement complet (composé de 2 verres et d'une monture) par période de 2 ans à compter du dernier renouvellement de l'équipement ou par période d'un an pour les Assurés de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue

Dentaire

- frais de soins,
- prothèses dentaires, et frais d'orthodontie pris en charge par le régime obligatoire,
- forfaits dentaires pour l'orthodontie, l'implantologie non pris en charge par le régime obligatoire mais figurant sur la nomenclature des actes professionnels et la parodontologie.

A compter du 1^{er} janvier 2020, les frais de prothèses et soins dentaires exposés dans le cadre du panier des soins dits « 100% santé » sont pris en charge dans les conditions fixées par le décret n°2019-21 relatif aux contrats « responsables et solidaires »

Hospitalisation

- honoraires de soins,
- frais d'hospitalisation dans les établissements conventionnés et non conventionnés : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier,

Autres frais

Pour toute hospitalisation comprenant au moins une nuit, y compris la maternité, nous garantissons les prestations supplémentaires suivantes :

- chambre particulière
- lit accompagnement

Aides auditives

A compter du 01 janvier 2020 la prise en charge des équipements auditifs s'effectue selon les dispositions du décret n°2019-21 relatif aux contrats responsables et solidaires (100% SANTE).

Cure thermale

- frais médicaux et de séjour.

Le remboursement des actes de prévention dans les conditions mentionnées au titre 1.3 - « Cadre juridique du contrat : contrat dit responsable ».

Garanties « Prévention »

Sont également pris en charge, sur justificatif les frais suivants :

- examen de dépistage du diabète,
- substituts nicotiniques
- pilules contraceptives non remboursées
- premier bilan du langage oral ou écrit (Enfant de - de 14 ans)
- dépistage auditif tous les 5 ans (personnes âgées de + 50 ans)
- vaccins non pris en charge (Voir liste à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale),
- Ostéodensitométrie, tous les 6 ans (femmes de + de 50 ans)
- Les actes de prévention font l'objet d'une prise en charge du ticket modérateur, dès lors qu'ils sont remboursés par le régime obligatoire.

> Les limitations particulières de garanties

Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé et EHPAD :

En cas d'hospitalisation en service psychiatrique, de cure de désintoxication pour alcoolisme ou toxicomanie, les frais de séjour et la chambre particulière sont pris en charge dans la limite de 30 jours par année d'assurance et par Assuré, sur la base de 100 % du tarif de responsabilité. Notre prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire.

Limitation de l'hospitalisation à domicile :

L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité sociale, est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'assurance et par Assuré (sur la base du tarif de convention et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

Pharmacie :

Les médicaments doivent être prescrits. Le Régime Obligatoire rembourse la totalité ou une partie du coût. Si l'Assuré refuse que le pharmacien substitue un médicament générique au médicament d'origine indiqué sur l'ordonnance, il ne bénéficie plus du tiers payant ni même de la transmission électronique de sa feuille de soins, et doit faire l'avance des frais. L'Assuré adressera une feuille de soins papier pour le médicament concerné, accompagnée du double de l'ordonnance, à son Régime Obligatoire pour remboursement. La différence de coût entre le médicament générique et le médicament d'origine ne sera pas remboursée à l'assuré.

Dentaire :

Un plafond annuel de dépense totale par assuré peut s'appliquer pour les prothèses, orthodontie et implants. Ces limites de remboursements figurent au tableau des garanties.

Allocation obsèques :

Au-delà de 65 ans (calculé par différence de millésime), l'allocation de solidarité Obsèques n'est plus garantie par le contrat.

Cette garantie n'est pas acquise dans la formule « Jeune actif ».

Les garanties d'assurance

1.5.2 – Les garanties optionnelles

- Le renfort dentaire, optique et auto médication correspond à une prise en charge supplémentaire des dépenses qui pèsent le plus dans votre budget santé. Ces garanties peuvent être souscrites en complément de la formule principale choisie. Dans la mesure où la formule de garantie souscrite l'autorise, cette option vous permet de bénéficier du niveau de garantie dentaire, optique et/ou auto médication indiquée sur vos Dispositions Particulières et repris au tableau des garanties.

- Une carte supplémentaire peut être délivrée pour un même numéro de sécurité sociale en souscrivant l'option « carte supplémentaire ». Cette option est facturée 24€ par an.

La formule « Jeune actif » ne permet pas de souscrire ni de renfort et ni de demander une carte supplémentaire.

- La garantie protection juridique peut être souscrite en complément de la formule principale choisie. Cette option vous permet de bénéficier de conseils, d'assistance et de représentation devant la justice en cas de conflit avec un tiers (Voir modalités p20).

1.6 – Le bonus fidélité

À partir de la 3ème année d'assurance, à l'échéance anniversaire du contrat, un premier niveau de bonus vous permet de bénéficier immédiatement de forfaits majorés en optique (monture+ 2 verres), en dentaire (prothèses dentaires et orthodontie remboursées hors soins).

À partir de la 5ème année d'assurance, un second niveau de bonus vous est accordé à l'échéance anniversaire du contrat, vous permettant de bénéficier immédiatement, d'une nouvelle majoration des forfaits optique et dentaire (hors soins). Ces garanties sont indiquées au tableau des garanties.

1.7 – Assurance en cas de naissance ou d'adoption

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est assuré immédiatement à la condition que la demande d'assurance nous soit adressée au plus tard dans les 3 mois qui suivent l'événement.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né ou de l'enfant adopté prendra effet au 1er du mois suivant la date de réception de la demande, sous réserve de la production des justificatifs de l'événement.

1.8 – Prise d'effet des garanties

Les garanties de votre contrat sont acquises immédiatement à la date d'effet indiquée aux Dispositions Particulières.

1.9 – Étendue territoriale de la garantie

Les garanties d'assurance (frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation) s'exercent en France Métropolitaine et dans les DROM. Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'Assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

> Exclusions territoriales

Le présent contrat ne garantit pas, et ne saurait permettre quelque couverture, garantie ou indemnisation en relation avec toute perte, tout dommage ou toute responsabilité :

(i) Découlant d'une activité en TERRITOIRE ou dans ses eaux territoriales, sa zone frontalière ou sa zone économique exclusive (ci-après «sa zone de dépendance maritime»), à moins qu'il ne s'agisse d'une simple traversée de ladite zone sans arrêt prévu en TERRITOIRE ni dans sa zone de dépendance maritime, et que cette traversée ne relève pas d'une ligne de fret international; ou

(ii) Subis par le gouvernement de TERRITOIRE, toute personne ou entité résidant, établie, ou située en TERRITOIRE ou dans ses Eaux territoriales, ou

(iii) Résultant d'activités qui, directement ou indirectement, impliquent ou bénéficient au gouvernement de TERRITOIRE, ou à des personnes ou entités résidant ou établies en TERRITOIRE.

Néanmoins, la présente exclusion ne s'applique pas :

- Aux activités réalisées ou aux services rendus en cas d'urgence dans un objectif de sécurité et/ou d'assistance,
- Ou lorsque, après que ces risques ont été notifiés à l'Assureur, ce dernier a consenti, expressément et par écrit, à les couvrir.

TERRITOIRE / PAYS : liste des pays sous embargo ou sous sanctions totales. A date, ces pays et territoires exclus sont l'Iran, la Syrie, la Corée du Nord, le Venezuela, la Crimée et Cuba en cas de critère d'américanité (US nexus). Ils sont consultables sur demande auprès de PRUDENCE CREOLE.

1.10 – Sanctions internationales

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du présent contrat dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies, et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictées par l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

1.11 – Règlement des prestations

> Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré sera amené à nous transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

> Tiers payant

Votre contrat vous permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Les garanties d'assurance

La procédure de tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance du ticket modérateur auprès des professionnels de santé qui acceptent le dispositif.

Pour le poste optique, le tiers payant dispense l'assuré d'avancer les frais s'il se rend auprès d'un opticien partenaire de notre prestataire APRIA.

La carte de tiers payant vous permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite. En cas d'hospitalisation, l'établissement hospitalier ou vous-même en fait la demande auprès d'APRIA.

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Assuré doit envoyer à APRIA, dans les 2 ans qui suivent la fin du traitement, l'intégralité des pièces justificatives suivantes :

- Les décomptes des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui vous ont été servies.
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée et acquittée des frais engagés pour les prothèses dentaires, si celles-ci n'ont pas fait l'objet d'un tiers payant,
- Pour les frais d'optique, la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles,
- Lorsque vous ou vos ayants droits bénéficiez d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- à l'assureur, dans les 3 mois qui suivent l'événement, l'intégralité des pièces justificatives suivantes :
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie du livret de famille établissant la filiation avec l'Assuré,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'Assuré,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, nous pourrions vous demander de fournir des justificatifs complémentaires.

L'Assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

> Contrôle des dépenses et Expertise

Contrôle et Expertise

- Notre médecin conseil peut demander à l'Assuré tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utile et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

- À peine de déchéance, vous devez lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de votre médecin, et vous soumettre à toute expertise médicale éventuelle.

Au regard du résultat de ces contrôles, nous nous réservons le droit de contester la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de notre prise en charge.

De convention expresse, l'Assuré nous reconnaît, le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Assuré, nous pourrions, de convention expresse, nous opposer à la mise en jeu de la garantie.

> Procédure d'Expertise

Les médecins et délégués missionnés par nous auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour pouvoir constater médicalement son état. Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

> Arbitrage

- En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que nous avons désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend.

À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des 2 parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les 2 parties.

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de la garantie que vous avez souscrite et qui figure aux Dispositions Particulières.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Les prestations sont réglées dans les 15 jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Le règlement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'Assuré s'engage à restituer immédiatement la carte tiers payant. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

Les services d'assistance

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Dispositions Générales du contrat d'assistance PRUDENCE CREOLE SANTE. Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des Assurances, aux Bénéficiaires du contrat d'assurance PRUDENCE CREOLE SANTE souscrit auprès de PRUDENCE CREOLE, entrée en vigueur à compter du 01/01/2020.

2.1 – Généralités

2.1.1 Objet

La présente convention d'assistance PRUDENCE CREOLE SANTE a pour objet de préciser les droits et obligations réciproques d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

2.1.2 Définitions

Europ Assistance

Désigne EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 35 402 786 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, EUROP ASSISTANCE, est remplacé par le terme « Nous ».

Groupe Austral Assistance

Par convention, EUROP ASSISTANCE délègue à GROUPE AUSTRAL ASSISTANCE, son prestataire à l'île de la Réunion, l'organisation matérielle et la gestion des prestations de la présente convention d'assistance.

GROUPE AUSTRAL ASSISTANCE, société anonyme au capital de 40.000€, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Saint-Denis sous le n°431.323.096, sise 16, rue Albert Lougnon – technopole de la Réunion – 97490 Sainte Clotilde

Bénéficiaire

Désigne le souscripteur, personne physique, d'une assurance santé souscrite auprès de PRUDENCE CREOLE, ses ayant droits, c'est-à-dire les personnes que le Souscripteur a nommé désignées lors de la souscription du contrat, parmi :

- Le conjoint, pacsé ou concubin notoire du Souscripteur, vivant sous le même toit que celui-ci,

- leur(s) enfant(s) âgé(s) de 18 ans et plus et pour lesquels il justifie annuellement qu'ils poursuivent des études, jusqu'à la date anniversaire du contrat de l'année de leurs 26 ans

- les ascendants, descendants ou collatéraux, dont il justifie annuellement qu'ils sont reconnus à charge par son Régime obligatoire ou celui de son conjoint

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

Blessure

Désigne toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et empêchant le Bénéficiaire de se déplacer par ses propres moyens.

Domicile

Désigne le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire sur l'île de la Réunion ou Mayotte. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

Hospitalisation imprévue

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place et dont la survenance n'était pas connue du Bénéficiaire 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

Hospitalisation programmée

Désigne l'admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à une Blessure, et comportant au moins une nuit sur place. L'hospitalisation programmée doit avoir été prescrite au moins 5 jours ouvrés avant la date d'admission.

Immobilisation

Désigne l'incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à une Blessure, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

Maladie

Désigne l'état pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux.

2.2 – Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

> Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat d'assurance santé PRUDENCE CREOLE SANTE. Elles cessent de ce fait si le contrat est résilié.

La couverture PRUDENCE CREOLE SANTE prend effet à compter de la date de souscription au contrat pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction.

> Conditions d'application

Europ Assistance intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeurerait incertain au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une Maladie et/ou Blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

> Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, Vous vous engagez soit à Nous réserver le droit d'utiliser les titres de transport que Vous détenez soit à Nous rembourser les montants dont Vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

Les services d'assistance

> Etendue territoriale

Les services d'assistance sont mis en œuvre au lieu de résidence principale et habituelle du souscripteur et des ayants droit figurant au contrat d'assurance Santé Créole (désigné ci-après par le terme « Vous ») sur l'île de la Réunion ou à Mayotte. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

> Exclusions territoriales

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

EUROP ASSISTANCE ne fournira aucune couverture, ne prendra en charge les prestations et ne fournira aucun service si cela peut l'exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, l'Union européenne, ou les États-Unis d'Amérique. Plus d'informations disponibles sur <https://www.europ-assistance.com/fr/nous-connaître/informations-reglementaires-internationale>.

2.3 – Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de carte Santé Créole

Pour bénéficier de ces services, il est impératif de nous contacter avant d'engager toute dépense, sous peine de vous voir refuser la prise en charge de vos frais. Les prestataires qui interviennent (aide à domicile, garde d'enfants...) sont choisis par nos soins.

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
Depuis la Réunion : 02 62 20 48 48
Depuis la métropole ou les DOM : 0262 20 48 48,
Depuis l'Etranger : + 262 262 20 48 48
- **Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,**
- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,
- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

2.4 – Prestations d'assistance aux personnes

Accompagnement chez un proche

A la suite :

- d'une Hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 10 jours du Bénéficiaire,
 - d'une Immobilisation au Domicile
- et lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans, Nous organisons et prenons en charge le voyage jusqu'au domicile d'un proche domicilié sur l'île de la Réunion ou Mayotte ou le voyage d'un proche depuis son domicile sur l'île de la Réunion ou Mayotte jusqu'à votre Domicile.

Nous prenons en charge

- Soit le coût du voyage aller-retour des enfants jusqu'au domicile de la personne choisie à la Réunion ou à Mayotte ainsi que celui d'un accompagnant.

- Soit le voyage aller-retour d'un proche, depuis son domicile à la Réunion ou à Mayotte jusqu'à votre Domicile.

Cette prestation est limitée à 120€ par trajet.

Cette prestation est limitée à 3 par an et par Bénéficiaire en cas d'hospitalisation programmée de plus de 10 jours.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation «garde d'enfants »

Transport des animaux de compagnie (chien ou chat)

A la suite d'une Hospitalisation ou d'une Immobilisation au Domicile, si Vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat exclusivement), Nous organisons et prenons en charge leur voyage retour jusqu'à l'établissement de garde approprié proche de votre Domicile, ou jusqu'au domicile d'un proche résidant sur l'île de la Réunion ou à Mayotte.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que Nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que Vous Nous communiquiez les éléments et documents, en particulier son passeport, demandés notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes.

Elle ne peut être fournie que si Vous ou une personne autorisée par Vous peut accueillir le prestataire au lieu de prise en charge choisi.

Pour le transport aérien de vos animaux de compagnie, Vous devrez être muni d'une cage prévue à cet effet.

Informations médicales

Ce service est conçu pour Vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours d'urgence locaux.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, Nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à Vous orienter dans le domaine de la santé.

Si une réponse ne peut Vous être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et Vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

Les services d'assistance

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, Nous Vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que Vous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que Vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

Transport Aller / Retour

A la suite d'une Immobilisation au Domicile du Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en taxi à concurrence de 120€ d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile sur l'île de la Réunion ou à Mayotte, afin qu'elle se rende auprès de Vous et garde vos enfants de moins de 16 ans à votre Domicile à l'île de la Réunion ou à Mayotte.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre Domicile, Nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 5 nuits jusqu'à concurrence de 60 € TTC par nuit maximum.

Garde des enfants

A la suite d'une Immobilisation au Domicile, d'une Hospitalisation imprévue ou programmée de plus de 10 jours d'un Bénéficiaire, Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans à votre Domicile la présence d'une personne qualifiée pendant 10 heures maximum.

La personne que Nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service :

Le service «Garde d'Enfants Malades» fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place :

Dès réception de votre appel, (après la visite du médecin traitant), Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant.

Exécution du service :

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Les garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable de son médecin traitant. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant ; il ne peut effectuer d'actes médicaux dépassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives :

Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant (pour les enfants malades) que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à Nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de l'enfant l'exigeait : Vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

La garantie «Garde d'Enfants Malades» ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, les suites d'hospitalisations prévisibles.

- dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service «Garde d'Enfants Malades» n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

Cette prestation est limitée à 3 par an et par Bénéficiaire en cas d'hospitalisation programmée de plus de 10 jours.

Mise à disposition d'un véhicule médical

A la suite d'une Hospitalisation ou d'une Immobilisation au Domicile, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examen restent à votre charge.

En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

Recherche des coordonnées d'un médecin

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartient.

Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

Recherche des coordonnées d'un(e) infirmier/ière

A la suite d'une Immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24h/24, 7j/7, sur simple appel téléphonique.

Nous recherchons et Vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs infirmier/ière (s) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous.

Le choix du praticien Vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

Livraison de médicaments au Domicile

Vous êtes Immobilisé(e) à Domicile, à la suite d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un Accident.

Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

Les services d'assistance

Confort hospitalier

Vous êtes hospitalisé(e) de manière imprévue à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu au Domicile, Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur à concurrence de 80€ TTC pour la durée de votre séjour à l'hôpital.

Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé(e) à la suite d'une maladie ou d'un accident, Nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile sur l'île de la Réunion ou Mayotte afin qu'elle se rende à votre chevet. La prise en charge est limitée à 120€ par trajet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 5 nuits maximum jusqu'à un maximum de 60€ TTC par nuit.

Aide ménagère

1er cas :

Dans le cas :

- d'une Hospitalisation imprévue du Bénéficiaire comportant au moins 2 nuits sur place
- ou d'une Immobilisation au Domicile de plus de 3 jours du Bénéficiaire,

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile et prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 10 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois).

2ème cas :

Dans le cas :

- d'une Hospitalisation imprévue du Bénéficiaire de moins de 2 nuits sur place
- ou d'une Hospitalisation programmée de plus de 10 jours du Bénéficiaire,
- ou d'une Hospitalisation ambulatoire

Par exception et exclusivement pour la prestation ci-dessous, un maximum de 3 interventions par an par bénéficiaire sont prises en charges.

Nous organisons la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile et prenons en charge le coût de l'aide-ménagère jusqu'à concurrence de 5 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois).

A défaut de la présentation des justificatifs Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

La prestation prévue dans les 2 cas n'est pas cumulable.

Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 12 jours ouvrés de votre enfant Bénéficiaire, due à une Immobilisation au Domicile ou à une Hospitalisation programmée ou imprévue,

Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique jusqu'à concurrence de 10 heures par semaine, tous cours confondus, à raison de 2 heures de cours consécutives, et dans la limite de 3 semaines par événement au cours d'une même année scolaire et sur présentation d'un certificat de scolarité.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours.

Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

Soutien psychologique

A la suite d'une Hospitalisation ou d'une immobilisation au Domicile, Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté à la suite de cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques par an.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien Vous appartient et les frais de cette consultation sont à votre charge.

Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire

Un Bénéficiaire décède durant son déplacement en Métropole.

Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire depuis la France Métropolitaine jusqu'au lieu d'inhumation vers l'île de la Réunion ou Mayotte.

Frais de cercueil

En cas de décès d'un Bénéficiaire durant son déplacement en France Métropolitaine, nous participons aux frais de cercueil ou d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix jusqu'à un maximum de 800€ TTC.

Assistance téléconsultation

Si vous avez besoin de consulter un médecin généraliste, vous pouvez contacter la plateforme de téléconsultation au numéro de téléphone 01 41 85 88 45.

Tout Bénéficiaire (ci-après « l'Utilisateur ») bénéficie de cette garantie qui est mise en œuvre par EUROP ASSISTANCE, Société anonyme de droit français au capital de 35 402 786 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est sis 1 Promenade de la Bonnette – 92230 GENNEVILLIERS.

Cette garantie prend effet et cesse dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat PRUDENCE CREOLE SANTE.

Les services d'assistance

L'accès au service de téléconsultation, service de télémedecine au sens des dispositions des articles L.6316-1 du Code de la santé publique, est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans.

Pour toute fourniture du service de téléconsultation à un mineur dont l'âge est supérieur à 12 mois, l'accès à la Plateforme est nécessairement effectué et mis en œuvre par son représentant légal sous sa responsabilité exclusive.

Le service de téléconsultation comprend, le cas échéant, avec ou sans rendez-vous :

- La délivrance d'une information santé ;
- Le renseignement d'un dossier médical ;
- Le renseignement d'un questionnaire médical spécifique ;
- La délivrance d'une prescription, le cas échéant ;
- La consultation et l'envoi sécurisés du compte-rendu de l'acte de téléconsultation ainsi que de la prescription, le cas échéant ;
- L'envoi sécurisé du compte-rendu de la téléconsultation à votre médecin traitant, sous réserve de votre consentement à ce titre ;
- L'envoi sécurisé de la prescription à la pharmacie sélectionnée par vous, sous réserve de votre consentement à ce titre.

EXCLUSIONS RELATIVES A LA PLATEFORME MEDICALE

• **L'utilisateur est informé que la plateforme ne permet en aucun cas le diagnostic, la prise en charge médicale et le suivi des situations d'urgence. Le cas échéant, il appartient à l'utilisateur de contacter les services d'urgence ou le centre 15 de son département.**

• **La plateforme ne constitue pas un dispositif médical logiciel. En outre, le service de téléconsultation délivré dans le cadre de la plateforme ne peut avoir pour finalité de remplacer le médecin traitant de l'utilisateur et est proposé uniquement en complément à la prise en charge et au suivi effectués par le médecin traitant ou les autres médecins de l'utilisateur.**

SONT EXCLUS :

- les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste ;
- les suivis de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois - les demandes de second avis médical.

LIMITES :

L'accès au service de téléconsultation n'est pas de droit : le médecin peut estimer qu'il n'est pas en mesure de délivrer le service de téléconsultation lorsqu'un examen clinique avec présence physique de l'utilisateur ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le cas échéant, il appartient à l'utilisateur de consulter son médecin traitant.

Les informations ne peuvent en aucun cas remplacer une prise en charge globale et personnalisée par un professionnel de santé. Dans la mesure du possible, l'utilisateur doit toujours privilégier le recours à son médecin traitant.

En toutes hypothèses, ni l'assureur santé, ni Europ Assistance, ne saurait être tenu responsable de l'interprétation ou de l'utilisation des informations diffusées par l'intermédiaire de la plateforme, ni des conséquences.

EXCLUSIONS RELATIVES AUX PRESCRIPTIONS MEDICALES

L'utilisateur reconnaît et accepte qu'aucune prescription médicale ne peut être délivrée dans les cas suivants :

- la prescription lorsque l'utilisateur se situe en dehors du territoire français ;
- la prescription pour un renouvellement de traitement (sauf si compatible avec le point suivant) ;
- la prescription de traitement supérieur à 7 jours ;
- la prescription de préparation magistrales ou officinales ;
- la prescription de certificats médicaux ;
- la prescription d'arrêt de travail ;
- les prescriptions particulières, par exemple :
 - médicaments soumis à prescription restreinte ;
 - médicaments soumis à accord préalable ;
 - médicaments d'exception ;
 - prescriptions de stupéfiants

Les conditions d'accès à la plateforme, de fourniture du service de téléconsultation, mais également les exclusions, sont décrites dans les Conditions Générales d'Utilisation du Service (ci-après désignées « CGUS »), disponibles sur le site <https://generali.medetvous.fr/>

A tout moment, Vous pouvez demander qu'un exemplaire papier des CGUS vous soit adressé par voie postale en écrivant à :

Prudence Créole
32 rue Alexis de Villeneuve – CS 71081
97404 Saint Denis Cedex

En acceptant les Dispositions Générales et Particulières du présent contrat, vous reconnaissez avoir préalablement pris connaissance et accepté les CGUS.

Pour accéder à la plateforme, Vous devez accepter à nouveau les CGUS et consentir au traitement de vos données à caractère personnel, administratives et de santé, par EUROP ASSISTANCE.

Les services d'assistance

2.5 – Dispositions générales de l'assistance

2.5.1 Exclusions

> Exclusions communes à toutes les prestations

Sont exclues les demandes consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle,
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- à un incident survenu au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque Vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si Vous utilisez votre propre véhicule.
- à un sinistre survenu dans l'un des pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence ou des transports primaires tels que le SAMU, les pompiers, et les frais s'y rapportant,
- les frais engagés sans notre accord,
- les frais non expressément prévus par la présente convention d'assistance,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

> Exclusions spécifiques à l'assistance aux personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions communes à toutes les prestations figurant au paragraphe précédent, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où Vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les Maladies et/ou Blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne Vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, leurs conséquences et les frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,

Les services d'assistance

- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférents,
- les recherches et secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de restauration,
- les frais de douane.

2.5.2 Limitations en cas de force majeure

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,
- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

2.5.3 Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé du Bénéficiaire et/ou de l'enfant à naître.

2.5.4. Subrogation

Après avoir engagé des frais dans le cadre des indemnités payées, EUROPE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions que Vous pouvez avoir contre les tiers responsables du sinistre, comme le prévoit l'article L 121-12 du Code des Assurances. Notre subrogation est limitée au montant des frais que Nous avons engagés en exécution du présent contrat.

2.5.5. Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 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. »

Conformément à l'article L114-2 du Code des Assurances :

« 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'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 ordinaires d'interruption de la prescription sont décrites aux articles 2240 à 2246 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil), un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurances :

« Par dérogation à l'Article 2254 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. »

2.5.6 Fausses déclarations

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues article L.113-8 du Code des Assurances).

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances).

2.5.7. Déchéance pour déclaration frauduleuse

En cas de sinistre ou demande d'intervention au titre des prestations d'assistance, si sciemment, Vous utilisez comme justificatifs, des documents inexacts ou usez de moyens frauduleux ou faites des déclarations inexacts ou réticentes, Vous serez déchu(e) de tout droit aux prestations, prévues dans la présente convention d'assistance, pour lesquelles ces déclarations sont requises.

Les services d'assistance

2.5.8 Cumul des garanties

Si les risques couverts par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, Vous devez Nous informer du nom de l'assureur auprès duquel une autre assurance a été souscrite (article L121-4 du Code des Assurances) dès que cette information a été portée à votre connaissance et au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

2.5.9 Protection des données personnelles

EUROP ASSISTANCE, Entreprise régie par le Code des Assurances, ayant son siège social au 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex (ci-après dénommée « l'Assureur »), agissant en qualité de responsable de traitement, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel du Bénéficiaire ayant pour finalités de :

- gérer les demandes d'assistance,
- organiser des enquêtes de satisfaction auprès des Bénéficiaires ayant bénéficié des services d'assistance,
- élaborer des statistiques commerciales et des études actuarielles,
- examiner, accepter, contrôler et surveiller le risque,
- gérer les contentieux potentiels et mettre en œuvre les dispositions légales,
- mettre en œuvre les obligations de vigilance dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, les mesures de gel des avoirs, la lutte contre le financement du terrorisme et les sanctions financières, y inclus le déclenchement d'alertes et les déclarations de suspicion,
- mettre en œuvre des mesures visées à la lutte contre la fraude à l'assurance,
- gérer l'enregistrement des conversations téléphoniques avec les salariés de l'Assureur ou ceux de ses sous-traitants aux fins de former et évaluer les salariés et améliorer la qualité du service ainsi que pour gérer des contentieux potentiels.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que ses données personnelles soient traitées pour les finalités précitées. Ce traitement est mis en œuvre en application du contrat.

Les données collectées sont obligatoires. En l'absence de communication de ces données, la gestion des demandes d'assistance et d'assurance du Bénéficiaire sera plus difficile voire impossible à gérer.

À cet effet, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles sont destinées à l'Assureur, responsable de traitement, aux sous-traitants, aux filiales et aux mandataires de l'Assureur. En vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amené à communiquer des informations aux autorités administratives ou judiciaires légalement habilitées.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont conservées pour une durée variable selon la finalité poursuivie (2 mois pour les enregistrements téléphoniques) augmentée des durées de conservation obligatoires en matière de comptabilité et de la durée légale de prescription (10 ans pour les traitements en lien avec le médical, 5 ans pour les autres traitements),

Le Bénéficiaire est informé et accepte que les données à caractère personnel le concernant soient communiquées à des destinataires, situés dans des pays tiers non membres de l'Union européenne, disposant d'une protection équivalente. Les transferts de données à destination de ces pays tiers sont encadrés par :

- une convention de flux transfrontières établie conformément aux clauses contractuelles types de responsables à sous-traitants émises par la Commission européenne et actuellement en vigueur,
- des contrats d'adhésion des entités de l'Assureur aux règles internes conformes à la recommandation 1/2007 du Groupe de travail de

l'Article 29 sur la demande standard d'approbation des règles d'entreprise contraignantes pour le transfert de données personnelles,

- une convention de flux transfrontières établie conformément au Privacy Shield actuellement en vigueur s'agissant des transferts de données à destination des États-Unis.

Le Bénéficiaire peut demander une copie de ces garanties appropriées encadrant les transferts de données à l'une ou l'autre des adresses indiquées ci-dessous.

Ces flux ont pour finalité la gestion des demandes d'assistance et d'assurance. Les catégories de données suivantes sont concernées :

- données relatives à l'identité (notamment : nom, prénoms, sexe, âge, date de naissance, numéro de téléphone, courrier électronique) et à la vie personnelle (notamment : situation familiale, nombre des enfants),
- données de localisation,
- données de santé, y compris le numéro de Sécurité sociale (NIR), le cas échéant et sur consentement de la personne.

Le Bénéficiaire, en sa qualité de personne concernée par le traitement, est informé qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données, ainsi que d'un droit de limitation du traitement. Il dispose en outre d'un droit d'opposition. Le Bénéficiaire a le droit de retirer son consentement à tout moment, sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement avant le retrait de celui-ci. Par ailleurs, il dispose d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données post-mortem.

L'exercice des droits du Bénéficiaire s'effectue, auprès du Délégué à la protection des données, par courrier accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé, à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

- soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr
- soit par voie postale : EUROP ASSISTANCE - À l'attention du Délégué à la protection des données - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex

Enfin, le Bénéficiaire est informé qu'il a le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

La protection juridique médicale

Les garanties de protection juridique médicale sont mises en oeuvre par L'ÉQUITÉ (désignée ci-après par « Nous »), S.A. au capital de 26 469 320 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro B 572 084 697 et ayant son siège au 2 rue Pillet-Will 75009 Paris, agissant pour le compte de Prudence Créole ou toute société que Prudence Créole lui substituerait pour l'exécution des garanties du présent contrat.

3.1 – Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie « Protection Juridique Médicale » prend effet et cesse dans les mêmes conditions que les garanties principales du contrat Santé Créole Entreprise dans la mesure où ces conditions ne sont pas en contradiction avec les dispositions du présent chapitre.

3.2 – Domaines d'intervention et Prestations

> Nos Domaines d'Intervention

Nous garantissons votre Protection juridique médicale dans le cadre limitatif des domaines d'intervention ci-après listés, toutefois des exclusions citées au paragraphe « Exclusions et Conditions de la garantie » de l'article 3.3.

Garantie « Soins »

Nous intervenons pour obtenir la réparation de vos préjudices consécutifs à une erreur, omission, ou manquement, caractérisant le non-respect de l'obligation de moyen à la charge du Professionnel de Santé (médecin généraliste ou spécialiste, établissement de soins ou de repos, privé ou public) qui vous a délivré les soins.

Nous intervenons également dans la défense de vos droits à l'occasion de tout autre Litige mettant en cause un établissement public ou privé de soins ou de repos, et lors des procédures d'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Garantie « Prestations sociales »

Nous prenons en charge les litiges relatifs aux réclamations et aux contestations afférentes aux prestations et indemnités devant vous être versées par :

- Vos Caisses de Retraite ou de Prévoyance,
- Votre Caisse de Sécurité sociale ou d'Allocations Familiales,
- Votre Centre Pôle Emploi.

Garantie « Tout accident »

Nous prenons en charge la défense des intérêts de l'Assuré :

- dans le cadre de tout recours visant à la réparation pécuniaire de son Préjudice s'il est victime de dommages matériels ou corporels impliquant la responsabilité d'un Tiers,
- devant toute juridiction répressive s'il est poursuivi en qualité d'auteur ou de co-auteur d'une infraction relevée à l'occasion d'un Accident.

Garantie « Défense salariée »

Nous prenons en charge les litiges vous opposant à votre employeur dans le cadre d'un conflit résultant d'une altération de votre santé (suite à maladie, accident,...) indemnisée au titre de votre contrat Santé Créole, et susceptible de conduire ou ayant conduit à la rupture de votre contrat de travail salarié.

Garantie « Emploi Assistante Maternelle »

Nous prenons en charge les litiges vous opposant, en qualité d'employeur, à votre Assistante Maternelle régulièrement déclarée auprès des organismes sociaux.

Garantie « Succession »

Nous prenons en charge les litiges vous opposant à vos cohéritiers, dans le cadre de déclarations de succession postérieures à la prise d'effet de la garantie.

> Nos Prestations

Lorsque vous êtes confronté à un litige garanti, nous nous engageons après examen du dossier :

- à vous conseiller sur la portée ou les conséquences de l'affaire au regard de vos droits et obligations,
- à vous fournir notre assistance au plan amiable, en vue d'aboutir à la solution la plus conforme à vos intérêts,
- à prendre en charge dans les conditions prévues au paragraphe « Conditions de la garantie » de l'article 3.3, les dépenses nécessaires à l'exercice ou à la défense de vos droits à l'amiable ou devant les juridictions compétentes.

3.3 – Exclusions et Conditions de la garantie

> Ce qui est exclu

La garantie ne s'applique pas :

- aux litiges dont vous aviez connaissance lors de la souscription de la garantie protection juridique médicale,
- aux sinistres dont le fait générateur est antérieur à la souscription de la garantie protection juridique médicale,
- aux litiges qui ne relèvent pas des domaines d'intervention limitativement définis à l'article 3.2 « Nos Domaines d'intervention »,
- aux litiges dirigés contre vous en raison de dommages mettant en jeu votre responsabilité civile lorsqu'elle est garantie par un contrat d'assurance ou lorsqu'elle aurait dû l'être en exécution d'une obligation légale d'assurance,
- aux litiges survenus à l'occasion de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de mouvements populaires,
- aux litiges successoraux lorsque vous avez la qualité d'ayant droit d'une personne décédée antérieurement à la prise d'effet de la garantie protection juridique médicale,
- aux procédures et réclamations découlant d'un crime ou d'un délit qualifié par un fait volontaire ou intentionnel, dès lors que ce crime ou ce délit vous est imputable personnellement,
- aux litiges relevant de votre activité professionnelle indépendante, que celle-ci soit exercée en nom propre ou en société,
- aux litiges découlant de l'état de surendettement ou d'insolvabilité dans lequel vous pourriez vous trouver, ainsi qu'aux procédures relatives à l'aménagement de délais de paiement à la demande de l'assuré,
- aux litiges consécutifs à la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique ou en état d'ivresse ou sous l'empire de stupéfiant ou de drogue non prescrit médicalement ou au refus de se soumettre aux vérifications destinées à dépister ou à établir la preuve de cet état,
- aux litiges résultant de la conduite sans titre ou du refus de restituer le permis suite à décision,
- aux litiges survenus au cours d'épreuves sportives, courses, compétitions ou leurs essais, soumis ou non à l'information et/ou à l'autorisation des Pouvoirs Publics,

La protection juridique médicale

- aux litiges hors de la compétence territoriale prévue à l'article 3.3 « Exclusions et Conditions de la garantie »,
- aux litiges vous opposant à votre employeur dans le cadre d'un conflit résultant d'une altération de votre santé si celle-ci n'est pas indemnisée au titre de votre contrat Santé Créole, EVIN ou Complémentaire Santé Solidaire,
- aux litiges vous opposant, en qualité d'employeur, à votre Assistante Maternelle lorsque celle-ci n'est pas déclarée régulièrement auprès des organismes sociaux.

> Conditions de la garantie

Pour la mise en oeuvre de la garantie, le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- la date du sinistre se situe entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- la déclaration du sinistre doit être effectuée entre la date de prise d'effet de la garantie et la date de son expiration,
- l'enjeu financier du dossier en principal est supérieur ou égal à 275 euros TTC,
- au plan judiciaire, le sinistre doit relever de la compétence d'une juridiction située sur le territoire de la France ou, si ce n'est pas le cas, d'une juridiction située sur le territoire d'un pays membre de l'Union Européenne.
- vous devez disposer des éléments de preuve nécessaires et suffisants pour justifier de la réalité de votre préjudice et de la responsabilité d'un tiers.

3.4 – Garantie financière

> Garantie financière - Dépenses garanties

En cas de sinistre garanti,

- au plan amiable, nous prenons en charge les honoraires d'expert ou de spécialiste que nous mandatons ou que vous pouvez mandater avec notre accord préalable et formel, dans la limite d'un plafond de 1200 euros TTC par affaire, et à concurrence de 400 euros TTC par intervention, pour une expertise médicale amiable.
- au plan judiciaire, nous prenons en charge, à concurrence maximale par sinistre de 20 000 euros TTC :
 - les frais de constitution du dossier de procédure tels que les frais de constat d'huissier engagés avec notre accord préalable et formel,
 - les frais taxables d'huissier de justice,
 - les frais taxables d'expert judiciaire directement mis à la charge de l'Assuré au titre d'une condamnation à régler une consignation ou d'une décision de taxation,
 - les honoraires et les frais non taxables d'avocat, comme il est précisé aux articles 3.4 « Garantie financière » et 3.5 « Libre choix de l'Avocat et modalités de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'avocat » ci-après,
 - les honoraires d'expert médical mandaté à l'effet de vous assister, à concurrence de 800 euros TTC par affaire.

> Montants maximum de garantie - Honoraires d'avocat

Assistance	
• Médiation Civile ou Pénale	500 euros (1)
• Commission	400 euros (1)
• Intervention Amiable	150 euros (1)
• Assistance à une Expertise Judiciaire ou à une Mesure d'Instruction	400 euros (1)
• Tout Autre Intervention	200 euros (3)
Procédures devant toute juridiction	
• Référé en demande	550 euros (2)
• Référé en défense, Requête ou Ordonnance	450 euros (2)
Première Instance	
• Procureur de la République	200 euros (1)
• Tribunal de Police, Juge ou Tribunal pour enfants	500 euros (3)
• Tribunal Correctionnel	850 euros (3)
• Cour d'Assises	2 000 euros (3)
• Tribunal Administratif, Tribunal de Commerce	1 000 euros (3)
• Juridiction de l'Exécution	450 euros (3)
• Tribunal Judiciaire statuant au fond avec représentation obligatoire par avocat	1 200 euros (3)
• Tribunal Judiciaire statuant au fond avec représentation non obligatoire par avocat, Tribunal ou chambre de Proximité, Tribunal d'Instance.	750 euros (3)
Conseil des Prud'hommes	
• Conciliation, départage	550 euros (2)
• Bureau de Jugement	850 euros (3)
Cour d'Appel	
• En matière de police	450 euros (3)
• En matière correctionnelle	850 euros (3)
• Autres matières au fond	1 200 euros (3)
• Cour de cassation - Conseil d'État	2 200 euros (3)
• Toute Autre Juridiction	650 euros (3)
Transaction Amiable	
• menée à son terme, sans protocole signé	500 euros (3)
• menée à son terme et ayant abouti à un protocole signé par les parties et accepté par l'assureur.	1 000 euros (3)

(1) par intervention (2) par décision (3) par affaire

Les plafonds ainsi prévus comprennent les frais divers (déplacement, secrétariat, photocopies), les taxes et impôts, et constituent le maximum de notre engagement.

En cas de procédure judiciaire, la direction du procès appartient à l'Assuré assisté de son avocat.

> Transaction

Transaction amiable

Si une transaction intervient en dehors de toute procédure judiciaire, et alors qu'aucune juridiction n'est saisie du Litige, le montant maximum des honoraires et des frais non taxables d'avocat pris en charge par l'Assureur est celui mentionné au tableau de l'article 3.4 « Montants maximum de garantie - Honoraires d'avocat » pour le poste « transaction amiable ».

Transaction judiciaire

Si une transaction intervient au cours d'une procédure judiciaire (qu'elle soit ou non homologuée par la juridiction saisie), l'ensemble des honoraires et des frais non taxables d'avocat relatifs à cette transaction est compris dans le montant maximum prévu pour la procédure devant la juridiction concernée.

La protection juridique médicale

> Dépenses non garanties

La garantie ne couvre pas :

- les frais de consultation juridique ou d'actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre sauf si l'Assuré* peut justifier de l'urgence à les avoir exposés antérieurement,
- tous honoraires et/ou émoluments de tout auxiliaire de justice dont le montant serait fixé en fonction du résultat obtenu,
- les frais de bornage amiable ou judiciaire prévus par l'article 646 du Code civil ou tout autre texte qui viendrait le compléter ou s'y substituer,
- les frais de serrurier, de déménagement ou de gardiennage générés par des opérations d'exécution de décisions rendues en faveur de l'Assuré*,
- les condamnations mises à la charge de l'Assuré* au titre des dépens,
- les frais et honoraires d'enquêteur,
- les frais, honoraires et émoluments de commissaire-priseur, de notaire,
- tous frais fiscaux et de publicité légale (tels que, sans que cette liste soit limitative : les droits d'enregistrement et les taxes de publicité foncière, les frais d'hypothèque...),
- les consignations pénales, les amendes pénales, fiscales, civiles ou toutes contributions assimilées.

La garantie ne couvre pas les sommes que l'Assuré doit rembourser à la partie adverse, telle que :

- le principal, les frais et intérêts, les dommages et intérêts, les astreintes,
- les condamnations mises à la charge de l'Assuré au titre des dépens,
- les condamnations mises à la charge de l'Assuré à titre d'indemnité de procédure tels que les frais irrépétibles ou les frais de même nature prononcée par la juridiction saisie notamment en application de l'article 700 du Code de procédure civile, des articles 475-1 ou 800-1 ou 800-2 du Code de procédure pénale, de l'article L761-1 du Code de la justice administrative, ou de tout autre texte qui viendrait les compléter.

3.5 – Libre choix de l'avocat et modalités de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'avocat

Si dans le cadre du traitement de votre sinistre, il est nécessaire de faire appel à un avocat, vous fixez de gré à gré avec celui-ci le montant de ses honoraires et frais. Tout changement d'avocat doit être immédiatement notifié à la Compagnie.

Vous disposez, en cas de sinistre (comme dans l'éventualité d'un conflit d'intérêt survenant entre nous à l'occasion dudit sinistre), de la possibilité de choisir librement l'avocat dont l'intervention s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice. Cette faculté de libre choix s'exerce à votre profit, selon l'alternative suivante :

1. Si vous faites appel à votre avocat, vous lui réglez directement ses frais et honoraires. Vous pouvez nous demander le remboursement desdits frais et honoraires, dans la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants maximum de garantie - Honoraires d'avocat » à l'article 3.4. Les indemnisations sont alors effectuées dans un délai de 4 semaines à réception des justificatifs de votre demande à :

L'ÉQUITÉ
Protection Juridique
75433 Paris Cedex 09

Sur demande expresse de votre part, nous pouvons adresser le règlement de ces sommes directement à votre Avocat dans les mêmes limites contractuelles.

En cas de paiement par l'Assuré d'une première provision à son avocat, l'Assureur peut régler une avance sur le montant de cette provision, égale à la moitié de la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants de prise en charge ou de remboursement des honoraires d'Avocat » à l'article 3.4, le solde étant réglé à l'issue de la procédure.

2. Si vous souhaitez l'assistance de notre Avocat correspondant, mandaté suite à une demande écrite de votre part, nous réglons directement les frais et honoraires entrant dans la limite maximale des montants fixés au tableau « Montants maximum de garantie - Honoraires d'avocat » à l'article 3.4, tout complément demeurant à votre charge.

3. Attention : sous peine de non-paiement des sommes contractuelles, vous devez :

- obtenir l'accord exprès de l'assureur avant la régularisation de toute transaction avec la partie adverse,
- joindre les notes d'honoraires acquittées accompagnées de la copie intégrale de toutes pièces de procédure et décisions rendues ou du protocole de transaction signé par les parties.

3.6 – Fonctionnement de la garantie

> Déclaration du sinistre

Pour nous permettre d'intervenir efficacement, déclarez-nous votre sinistre dans les plus brefs délais. Vous devez faire votre déclaration par écrit auprès de notre délégataire :

- par courrier :

L'ÉQUITÉ
Protection Juridique
75433 Paris Cedex 09

- par mail : Equite.PJ.PrudenceCreole@Generali.fr

en indiquant la référence **AB 181 515**

- par téléphone: 01 58 38 51 00

Déchéance de garantie

L'Assuré peut être déchu de son droit à garantie :

- s'il refuse de fournir à l'Assureur des informations se rapportant au litige,
- s'il fait de mauvaise foi des déclarations inexactes sur les faits ou les événements constitutifs du Sinistre, ou plus généralement, sur tout élément pouvant servir à la solution du Litige,
- s'il emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux,
- s'il régularise une transaction avec la partie adverse sans obtenir préalablement l'accord exprès de l'Assureur.

> Mise en oeuvre de la garantie

À réception, votre dossier est traité par L'ÉQUITÉ Protection Juridique comme il suit :

- Nous vous faisons part de notre position quant à la garantie, étant entendu que nous pouvons vous demander de nous fournir, sans restriction ni réserve, toutes les pièces se rapportant au litige ainsi que tout renseignement complémentaire en votre possession.

Conformément aux dispositions de l'article L127.7 du Code des Assurances, nous sommes tenus en la matière à une obligation de Secret Professionnel.

- Nous vous donnons notre avis sur l'opportunité de transiger ou d'engager une instance judiciaire. Les cas de désaccord à ce sujet sont réglés selon les modalités prévues à l'article « Arbitrage ».

La protection juridique médicale

> Cumul de la garantie

Si vous êtes garanti par plusieurs polices pour le risque constituant l'objet du présent contrat, vous devez nous en informer, au plus tard, lors de la déclaration du sinistre.

Il est entendu que vous pouvez vous adresser à l'Assureur de votre choix pour la prise en charge du sinistre.

La garantie des polices contractées sans fraude produit ses effets dans les limites contractuelles prévues.

S'il y a eu tromperie ou fraude de votre part, les sanctions prévues par l'article L121.3 du Code des Assurances sont applicables.

> Exécution des décisions de justice et subrogation

Dans le cadre de notre garantie, nous prenons en charge la procédure d'exécution de la décision de justice rendue en votre faveur.

Lorsque la partie adverse est condamnée aux dépens de l'instance nous sommes subrogés dans vos droits, à due concurrence des débours dont nous avons fait l'avance.

Lorsqu'il vous est alloué une indemnité de procédure par application des dispositions de l'article 700 du Code de Procédure Civile, de l'article 475.1 ou 800.1 et 800.2 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L761.1 du Code de la Justice administrative, nous sommes subrogés dans vos droits à hauteur du montant de notre garantie, déduction faite des honoraires demeurés à votre charge.

> Arbitrage

Conformément aux dispositions de l'article L127-4 du Code des Assurances, en cas de désaccord entre l'Assureur et l'Assuré au sujet des mesures à prendre pour régler le Litige objet du Sinistre garanti, celui-ci peut être soumis à l'arbitrage d'une tierce personne désigné d'un commun accord entre les parties, ou à défaut, par le Président du Tribunal Judiciaire compétent territorialement, statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur, sauf lorsque le Président du Tribunal Judiciaire en décide autrement au regard du caractère abusif de la demande de l'Assuré.

Si, contrairement à l'avis de l'Assureur et/ou de la tierce personne, l'Assuré engage à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle que l'Assureur ou que la tierce personne avait proposée, l'Assureur s'engage, dans le cadre de sa garantie, à prendre en charge les frais de justice et d'avocat que l'Assuré aurait ainsi exposés, conformément à l'article 3.4 « Garantie financière ».

Néanmoins, afin de simplifier la gestion de ce désaccord, si l'Assuré a sollicité une personne réglementairement habilitée à délivrer des conseils juridiques sur les mesures à prendre pour régler le Litige objet du Sinistre garanti, l'Assureur s'engage à s'en remettre à l'opinion de cette personne.

En ce cas, l'Assureur prendra en charge les éventuels honoraires de consultation de cet intervenant dans la limite contractuelle du tableau de l'article 3.4 « Montants maximum de garantie - Honoraires d'avocat » pour le poste « Assistance - Médiation Civile ».

Modèle de lettre de Déclaration de sinistre :

Déclaration de sinistre Protection Juridique **AB 181 515**
Contrat SACR

Nom et prénoms.....

Date de naissance :/...../.....

N° de Contrat :

Adresse :

Tel. - Mail :

Faites un résumé précis des faits en précisant la nature de votre litige, le lieu de survenance et les dates clés. Pensez à joindre toute pièce utile à sa bonne compréhension

Montant connu ou estimé du litige :euros

Si, dans le cadre du traitement de votre litige, l'intervention d'un avocat s'avère nécessaire pour transiger, vous assister ou vous représenter en justice, merci de nous faire part du choix de l'avocat en application de l'article L 127-3 du Code des Assurances (**Préciser le nom et les coordonnées de l'avocat**). Si vous ne connaissez pas d'Avocat, vous pouvez nous demander de procéder à la désignation d'un Avocat pour vous assister).

Joindre à votre déclaration, les pièces et éléments de preuve en votre possession.

De manière générale, joignez la copie (recto/verso) des pièces suivantes à votre déclaration :

(Convocation, Assignation, Citation, Constat, Procès-verbaux, Courriers échangés, Justificatifs de votre demande (factures, témoignages, photographies, etc.)

Je vous confirme qu'en vous adressant des documents et informations médicales, j'accepte le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement.

Fait à, le

Signature.

Si des documents complémentaires sont nécessaires, le juriste en charge de votre dossier prendra directement contact avec vous.

La vie du contrat

4.1 – Prise d'effet et durée du contrat

> Quand le contrat prend-il effet ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

> Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat est conclu pour la durée indiquées aux Dispositions Particulières.

Votre contrat peut être résilié par vous ou par nous, comme précisé au paragraphe 4.5 « Résiliation du contrat ».

Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique à la date anniversaire indiquée aux Dispositions Particulières.

Néanmoins, les garanties d'assurance auront, sous réserve du paiement intégral des cotisations, et sous l'expresse condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès la Souscription.

4.2 – Assurés

> À la Souscription du contrat

Les garanties du présent contrat sont souscrites au bénéfice des personnes suivantes, nommément désignées dans les documents contractuels :

- Le Souscripteur,
- Ses ayants droits, c'est-à-dire les personnes que le Souscripteur a nommément désignées lors de la Souscription du contrat, parmi :
 - son conjoint,
 - ses enfants :
 - . reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du Régime Obligatoire,
 - . âgés de 18 ans et plus et pour lesquels il justifie annuellement qu'ils poursuivent des études, jusqu'à la date anniversaire du contrat de l'année de leurs 26 ans,
 - les ascendants, descendants ou collatéraux, dont il justifie annuellement qu'ils sont reconnus à charge par son Régime Obligatoire ou celui de son conjoint.

Un enfant non titulaire de son n° de sécurité sociale ne peut pas être rattaché à plusieurs n° de sécurité sociale à la fois. Il peut uniquement être présent au contrat lorsque le titulaire du n° de sécurité sociale est lui-même présent.

> En cours de contrat,

Ajout de bénéficiaire

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que vous souhaitez assurer, vous devrez nous adresser une demande écrite à cet effet :

- dans un délai de 3 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification de votre contrat prendra alors effet :

- à la date de naissance du nouveau-né,
- à la date de jugement d'un enfant adopté,

- à la date de l'union avec votre conjoint,
- à la date de séparation ou de divorce,
- à la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un Certificat de radiation).

Si votre demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet au 1er du mois qui suit la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

Sortie de bénéficiaire

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, vous devrez nous le déclarer par écrit dans les 15 jours suivant cet événement. La modification de votre contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- à la date du décès,
- à la date de séparation ou de divorce,
- à la date de cessation ou de changement d'affiliation au Régime Obligatoire,
- à la fin du mois de leur 26ème anniversaire pour les enfants.

Si des prestations vous ont été versées au-delà de ce délai, nous procéderons à la modification de votre contrat à la fin du mois des prestations réglées pour cet ayant droit.

Si un de vos ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.

En cas d'ajout ou de sortie de bénéficiaire, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra nous être réglé conformément aux dispositions de l'article 4.6 - La cotisation. S'il s'agit d'une ristourne en votre faveur, celle-ci viendra en déduction de la prochaine cotisation sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

4.3 – Vos déclarations à la souscription et en cours de contrat

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation en tient compte.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et vous devez nous fournir des réponses exactes.

Les déclarations tant à la Souscription qu'en cours de contrat, sont faites par le Souscripteur/Adhérent pour son compte et celui de ses ayants-droit auxquels elles sont opposables.

> Que devez-vous nous déclarer ?

À la souscription/adhésion :

Vous devez répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur les documents de souscription/adhésion.

La vie du contrat

En cours de contrat :

Vous devez nous déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de la souscription/adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques et notamment :

- un changement d'état civil,
- une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- un changement de domicile (départ de la Réunion ou Mayotte) pour une durée supérieure à un an,
- la survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le virement de vos prestations,
- l'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Ces événements doivent nous être signalés dans un délai de 15 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle nous cause un préjudice, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant notre appréciation du risque assuré, le contrat est nul et la prime payée nous demeure acquise à titre de pénalité.

En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, nous pourrions résilier le contrat avec un préavis de 10 jours en vous restituant le prorata de la prime ou augmenter la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si nous avions eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré.

4.4 – Modifications du contrat

Vous pouvez modifier les conditions de votre contrat par :

> L'ajout ou la sortie d'un ayant droit

Vous avez la possibilité de nous demander l'ajout ou la sortie d'un ayant droit, dans les conditions prévues à l'article 4.2 - Assurés.

> La modification des garanties

À la demande de l'Assuré

Vous avez la possibilité de nous demander quelque soit l'ancienneté de votre adhésion :

- une modification de formule pour un niveau de garantie inférieur ou supérieur, en cas de modification de votre situation personnelle ayant une incidence sur la formule de garanties choisie (changement d'activité professionnelle, de situation de famille ou cessation d'activité professionnelle) dans les 3 mois suivant l'évènement.

Vous avez la possibilité de nous demander au bout d'un an d'adhésion :

- une modification de formule d'un niveau de garantie inférieur ou supérieur,

- l'ajout ou la suppression d'une garantie optionnelle.

Vous devrez nous adresser une demande écrite et la modification prendra effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

Si les modifications du contrat entraînent une modification de la cotisation, celle-ci sera revue à compter de la date d'effet de l'avenant. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant. S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra nous être réglé conformément aux dispositions de l'article 4.6 - La cotisation. S'il s'agit d'une ristourne en votre faveur, celle-ci viendra en déduction de la prochaine cotisation sous réserve de l'absence d'arriéré de prime à compenser.

À l'initiative de l'Assureur

Le contrat peut être modifié sur proposition de notre part, notamment dans les hypothèses suivantes :

- si nous modifions votre cotisation à l'échéance anniversaire (article 4.6 - la cotisation),
- afin de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats « responsables » (article 1.3 - Cadre juridique du contrat dit « responsable ») : dans ce cas, le souscripteur sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés au moins 2 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne nous permettent pas de respecter un tel délai.

Le souscripteur sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Le souscripteur ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

En cas de refus d'une modification par le souscripteur/adhérent, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information (article 4.5 - Résiliation). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Ces modifications sont applicables aux assurés sous réserve du consentement du souscripteur dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, votre consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

> Adaptation du contrat par suite de modification du régime de base de la Sécurité sociale

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale et de la législation en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, nous nous réservons la faculté de

procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

Le souscripteur/adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

La vie du contrat

4.5 – Résiliation du contrat

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués au tableau ci-dessous.

Formes de la résiliation :

Lorsque la résiliation est de votre fait, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou chez votre intermédiaire.

Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

Conséquences de la résiliation :

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat à l'expiration d'un délai d'un an.	VOUS	Au plus tard 2 mois avant l'échéance anniversaire prévue aux Dispositions Particulières.	Au jour de l'échéance principale à 0 heure.
Non reconduction du contrat au-delà d'un an.	VOUS	A tout moment selon les conditions de l'article L.113-15-2 du Code des assurances.	1 mois après la réception de votre lettre nous en informant.
Changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	VOUS Et NOUS	VOUS : dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. NOUS : dans les 3 mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous en informant.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
Modification de tarif ou de garantie.	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette modification.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure
En cas de diminution du risque si nous ne consentons pas à réduire le montant de cotisation en conséquence (article L113-4).	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de notre proposition.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10).		Dans le mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation du contrat résilié.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure
Non-paiement des cotisations (article L113-3).	NOUS	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation, si la cotisation n'est pas régularisée.
Omission ou inexactitude dans la déclaration sans que votre mauvaise foi soit établie (article L113.9).	NOUS	Dès que nous en avons connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Retrait total de l'agrément de notre société.	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40ème jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
Décès du souscripteur/adhérent.			En présence d'ayants droits, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.
Adhésion collective obligatoire	VOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure
Ouverture des droits Complémentaire Santé Solidaire par le régime obligatoire	VOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure
Départ de la Réunion ou Mayotte pour une durée supérieure à un an	VOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure

La vie du contrat

4.6 – Cotisation

> Montant de la cotisation

La cotisation globale est fixée aux Dispositions Particulières. Elle est exprimée en euros et comprend la cotisation nette (afférente au risque) hors taxes, les frais, les accessoires, les taxes et les charges parafiscales.

Elle est fixée d'après vos réponses aux questions que nous vous avons posées reproduites aux Dispositions Particulières et tient compte notamment du niveau de garantie que vous avez retenu, de votre âge (calculé par différence de millésimes entre l'année d'effet et l'année de naissance), du nombre de personnes inscrites et de votre Régime Obligatoire. Elle ne dépend pas de l'état de santé des assurés.

La cotisation totale est due par le souscripteur/adhérent.

Seule la part de cotisation nette et les taxes correspondantes ainsi que les charges parafiscales récupérables auprès des administrations concernées peuvent faire l'objet d'un remboursement en cas d'avenant, notamment en cas de résiliation autre que pour non paiement, entraînant une ristourne.

> Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation peut varier suivant les modalités prévues à l'article 4.4 - Modifications du contrat, notamment en cas de changement de formule, changement de régime obligatoire, ajout ou sortie de bénéficiaire, modification du régime de base de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'une charge parafiscale, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions réglementaires.

> Révision de la cotisation

Nous pouvons également être amenés à modifier la cotisation en cours de contrat, à son échéance anniversaire.

Dans ce cas, le nouveau montant de cotisation sera porté à votre connaissance dans l'avis d'échéance et vous pourrez refuser cette modification en résiliant le contrat dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance (article 4.5 - Résiliation).

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée.

La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes et charges parafiscales ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

> Paiement de la cotisation

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège ou auprès de l'intermédiaire mentionné sur l'avis d'échéance. Il peut être fractionné selon votre choix : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Si vous ne payez pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons - indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice - vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu.

Faute de règlement, les garanties de votre contrat seront alors suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux garanties prévues par le présent contrat pour des événements survenus pendant la période de suspension.

En cas de paiement de l'intégralité de la cotisation restant due dans les 10 jours suivant la suspension des garanties, celles-ci seront remises en vigueur le lendemain midi du jour du paiement.

À défaut, le contrat sera automatiquement résilié 10 jours après l'expiration du délai de trente jours précité.

Dans ce cas, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation nous sera acquise à titre de dommages et intérêts et nous pourrions en poursuivre le recouvrement. S'y ajouteront à votre charge, les frais de recouvrement, les intérêts de retard et les frais de rejet en vigueur.

> Prélèvement

Si vous avez souhaité régler votre cotisation par prélèvement mensuel, celui-ci cessera dès qu'un prélèvement sera refusé par votre établissement bancaire. L'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible.

Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non paiement du solde de la cotisation, nous pourrions en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant.

4.7 – Subrogation

En vertu du Code des Assurances, nous sommes subrogés dans vos droits et actions envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité que nous vous avons versée.

4.8 – Prescription

Conformément aux dispositions des articles L114-1, L114-2 et L114-3 du Code des Assurances :

Article L114-1

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement 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 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur/adhérent 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

La vie du contrat

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.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,

- demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure, - acte d'exécution forcée.

Article L114-3

« Par dérogation à l'article 2254 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.

Conformément au Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240),
- la demande en justice, même en référé, et même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241).

Cette interruption vaut jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242) mais est non avenue en cas de désistement du débiteur, s'il laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243),

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244). »

4.9 – Information de l'assuré

> Loi applicable - Tribunaux compétents

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

Toute action judiciaire relative au présent contrat sera de la seule compétence des Tribunaux Français.

> Langue utilisée

La langue utilisée dans le cadre des relations contractuelles et précontractuelles est la langue Française.

> Traitement des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Prudence Créole
Service Réclamations
32 rue Alexis de Villeneuve
CS 71081
97404 Saint Denis Cedex Ou à
servicereclamations@prudencetreole.com

Nous accusons réception de votre demande et y répondrons dans

les meilleurs délais.

En tout état de cause, ces délais ne peuvent excéder, au total:

- Dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai.
- Deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive qui vous sera apportée.

Dans tous les cas, nous nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, ces délais ne pourraient être respectés.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

> Médiation

En qualité de membre de la **Fédération Française de l'Assurance (FFA)**, Prudence Créole applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste après épuisement des voies de recours internes des règlements des litiges (renvoi à la clause traitement des réclamations), toute personne physique est en droit de saisir le Médiateur de l'Assurance :

- soit par voie postale en écrivant à

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

- soit par voie électronique via le site internet :

<http://www.mediation-assurance.org>

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de l'Assurance n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

4.10 – Informations sur la protection des données personnelles

> Identification du responsable de traitement

Dans le cadre de la fourniture de ses solutions d'assurances, l'Assureur est amené à recueillir et traiter, manuellement ou informatiquement, des données à caractère personnel vous concernant.

Les articles suivants ont pour objectif de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par Prudence Créole en tant que responsable de traitement, sis au 32 rue Alexis de Villeneuve – CS 71081 – 97404 SAINT-DENIS CEDEX.

> Les finalités et bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, de jeux-concours, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées

La vie du contrat

comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance et la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque y compris le profilage
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat - Etudes statistiques et actuarielles - Jeux concours - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection
Traitement des données de santé en cas de nécessité aux fins de la gestion des systèmes et des services de protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Remboursement de frais de soins

> Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de Vous

- **Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :**
 - Etat civil, identité, données d'identification

- Numéro d'identification national unique
- Données de santé issues du codage CCAM

- **La source d'où proviennent les données à caractère personnel**

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

> Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Prudence Créole met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Prudence Créole. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Prudence Créole. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

> Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

> Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires Prudence Créole pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

> Localisation des traitements de vos données personnelles

Prudence Créole a adopté des procédures en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos serveurs sont localisés à l'île de la Réunion, en France. Dans le cadre des échanges avec le groupe Generali, vos données peuvent également être stockées dans les data centers du groupe Generali France localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

La vie du contrat

> Durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

> L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez, dans les conditions prévues par la réglementation, des droits suivants :

- **Droit d'accès** : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité.
- **Droit de rectification** : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- **Droit de suppression** : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.
- **Droit à la limitation du traitement** : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- **Droit à la portabilité des données** : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit de retrait** : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition** : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale.
- Droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande écrite, par :

- Par voie électronique à droitdaces@prudencecreole.com
- Par voie postale à

PRUDENCE CREOLE - DPO
32 rue Alexis de Villeneuve
CS 71081
97404 SAINT-DENIS Cedex

Toute demande doit préciser, en objet, le motif de la demande (exercice du droit d'accès, d'opposition, ...). La demande doit également être accompagnée d'un justificatif d'identité (par exemple n° client, n° contrat, copie pièce d'identité) et préciser l'adresse à laquelle doit parvenir la réponse.

Prudence Créole vous adressera sa réponse dans un délai maximum d'un (1) mois, à compter de la date de réception de votre demande. Ce délai peut toutefois être prolongé de deux (2) mois

supplémentaires en raison de la complexité et du nombre de demandes. Si vous estimez, après avoir contacté Prudence Créole que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

> Droit d'introduire une réclamation

Si vous estimez, après avoir contacté PRUDENCE CREOLE, que vos droits, ci-dessus détaillés, ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07

> Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties. Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision. Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

> Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

> Opposition au démarchage téléphonique

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet <http://www.bloctel.gouv.fr> ou par courrier auprès de :

OPPOSETEL
Service Bloctel
6 rue Nicolas Siret
10000 Troyes

> Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

- Par voie postale à
PRUDENCE CREOLE - DPO
32 rue Alexis de Villeneuve
CS 71081
97404 SAINT-DENIS Cedex
- Par voie électronique à droitdaces@prudencecreole.com

La vie du contrat

4.11 – Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 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 ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités».

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des Assurances applicables au démarchage à domicile - vous pouvez renoncer au présent contrat en adressant votre demande de renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à :

Prudence Créole
32, rue Alexis de Villeneuve – CS 71081
97404 - Saint-Denis

Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de 14 jours précités.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation Démarchage à domicile (lettre recommandée avec AR)

Nom, prénom.....
Adresse.....
N° du contrat Prudence Créole.....
Mode de paiement choisi
Montant de la cotisation déjà acquitté..... €

Mesdames, Messieurs,

Conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du ...

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le..... à
Signature du Souscripteur

4.12 – Vente à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des Assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de « une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat ».

> Modalités de conclusion du contrat

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour nous retourner l'ensemble des pièces du dossier de souscription signées (Dispositions Particulières, formulaire de recensement de vos besoins et exigences, autorisation de prélèvement) ainsi que les pièces justificatives réclamées.

Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat (réputée être la date d'émission des Dispositions Particulières).

À défaut de retour dans ce délai, votre contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire.

Si vous avez demandé que le contrat commence à être exécuté avant l'expiration de ce délai de 14 jours et qu'un sinistre survient pendant ce délai, vous devrez alors nous retourner l'ensemble des pièces signées ainsi que les justificatifs réclamés au plus tard lors de la déclaration de sinistre.

À défaut de retour dans ce délai, votre contrat sera anéanti rétroactivement sans qu'il soit nécessaire pour la Compagnie d'accomplir une quelconque démarche complémentaire. Le sinistre ne sera alors pas pris en charge.

> Quelles sont les modalités de paiement de la cotisation ?

La cotisation se paie par prélèvement automatique sur le compte bancaire du souscripteur.

> Droit de renonciation

(article L112-2-1 II du Code des Assurances)

Vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat.

La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à :

Prudence Créole
32, rue Alexis de Villeneuve – CS 71081
97404 - Saint-Denis

Si vous avez demandé que votre contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, la Compagnie sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que vous avez réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-après.

Modèle de lettre de renonciation en cas de vente à distance :

Nom et prénoms :.....
Adresse :
Nom du produit :.....
N° du contrat Prudence Créole :.....
Montant de la cotisation :.....

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 II du Code des Assurances, je renonce expressément par la présente à la souscription du contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit exclusivement à distance le
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à, le
Signature.

DG/SACR/09.2021



Prudence Créole

PRUDENCE CREOLE – Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme d'assurance I.A.R.D.T. au capital de 7 026 960 € | Siège social : 32 Rue Alexis de Villeneuve – CS 71081 – 97404 Saint-Denis Cedex | SIREN 310 863 139 – RCS St-Denis de la Réunion – N° de Gestion 72 B 59 – APE 6512Z | Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Tel : 0262 70 95 00 – Site Web : <http://www.prudencecreole.com>