

NOTE D'INFORMATION

Prévoir Hospi

La Solution
Hospitalisation



PRÉVOIR
Assureur Solutions Vie

NOTE D'INFORMATION

Prévoir Hospi

Cette note d'information résume les dispositions essentielles du contrat d'assurance Prévoir Hospi.

Les conditions générales complètes du contrat sont remises à l'Assuré principal en même temps que ses conditions particulières.

1. DÉFINITIONS	3
2. OBJET DU CONTRAT ET PRESTATIONS ASSURÉES	3
2.1 // HOSPITALISATION	3
2.2 // EXONÉRATION	4
2.3 // MISE EN OEUVRE DE LA GARANTIE	4
2.4 // MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL	4
3. ÉTENDUE DES GARANTIES	4
3.1 // PÉRIODE D'ATTENTE	4
3.2 // FORMALITÉS MÉDICALES À LA SOUSCRIPTION	4
3.3 // ÉTENDUE TERRITORIALE	4
3.4 // RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE	4
3.5 // FRANCHISES	4
3.6 // RISQUES EXCLUS	4
3.7 // ÉVÉNEMENTS NE CONSTITUANT PAS UN ACCIDENT	5
4. DURÉE DU CONTRAT	5
4.1 // PRISE D'EFFET	5
4.2 // DURÉE	5
4.3 // RÉSILIATION	5
5. COTISATIONS	5
5.1 // PAIEMENT	5
5.2 // REVALORISATIONS	5
5.3 // RÉVISIONS	5
6. DISPOSITIONS DIVERSES	6
6.1 // OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ	6
6.2 // REVALORISATIONS DES GARANTIES	6
6.3 // CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE	6
6.4 // PRESCRIPTION	6
6.5 // RÉCLAMATION / MÉDIATION	6
6.6 // AGRÉMENT - AUTORITÉ DE CONTRÔLE	6
6.7 // TRAITEMENTS DES DONNÉES PERSONNELLES	6
6.8 // LOI APPLICABLE ET RÉGIME FISCAL	7
6.9 // FACULTÉ DE RENONCIATION	7
6.10 // DISPOSITIF ANTI-BLANCHIMENT	7

1. DÉFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés dans l'ensemble des documents contractuels de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, survenue pendant la durée du contrat et provenant de l'action soudaine, directe et exclusive d'une cause extérieure.

Assuré principal : personne sur la tête de laquelle repose le risque hospitalisation, bénéficiaire des prestations du contrat auquel elle souscrit.

Assurés : le conjoint (ou le co-contractant d'un PACS ou le concubin de l'Assuré principal), les enfants de 30 jours à moins de 18 ans de l'Assuré principal et/ou de son conjoint désignés sur la proposition ou déclarés à l'Assureur après la souscription et sur la tête desquels repose également le risque hospitalisation.

Assureur : Prévoir-Vie Groupe Prévoir, entreprise d'assurance mixte - 19 rue d'Aumale, CS40019, 75306 Paris cedex 09.

Conditions générales : le document qui rassemble les conditions générales du contrat.

Conditions particulières : c'est l'imprimé, joint aux Conditions générales, sur lequel est personnalisé le contrat par le nom des assurés, le montant des prestations assurées et des cotisations.

Contractant : l'Assuré principal.

Date d'effet : la date indiquée sur l'imprimé Conditions particulières et qui marque le point de départ du contrat, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Maladie : toute altération de santé autre qu'un Accident, non provoquée par l'Assuré lui-même et constatée par une autorité médicale compétente.

2. OBJET DU CONTRAT ET PRESTATIONS ASSURÉES

L'objet de ce contrat, de type individuel et régi par le Code des assurances, est de garantir aux Assurés résidant en France métropolitaine, âgés pour les adultes de 18 à 70 ans à la souscription ou à la date d'effet de l'ajout au contrat, le versement d'indemnités forfaitaires en cas d'hospitalisation par suite de Maladie ou d'Accident. La garantie s'applique à l'Assuré principal et, s'il y a lieu, à son conjoint et à leurs enfants de 30 jours à moins de 18 ans déclarés à la souscription du contrat ou pendant la durée de celui-ci. Ces déclarations sont faites par écrit adressé ou remis à l'Assureur ou à ses représentants. Ce contrat prévoit également, pour les adultes, l'exonération du paiement des cotisations.

2.1 // HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation de l'Assuré principal ou d'un membre assuré de sa famille, l'Assureur verse des indemnités journalières (niveau 1 de garantie) dont le montant, choisi définitivement à la souscription et identique pour tous les Assurés d'un contrat, figure aux Conditions particulières.

Ces indemnités complétées à la souscription par les prestations supplémentaires ci-dessous, constituent le niveau 2 de garantie :

- versement d'une indemnité forfaitaire égale à 10 fois l'indemnité journalière après 20 jours d'hospitalisation,
- doublement de l'indemnité journalière à partir du 46^e jour d'hospitalisation.

Le niveau de garantie, choisi définitivement à la souscription, est le même pour tous les Assurés d'un contrat.

L'indemnité journalière est versée après une franchise, indiquée au paragraphe 3.5 « Franchises », pendant 365 jours au plus par Assuré et par sinistre ; le jour de sortie ne donne pas lieu à indemnisation.

La garantie de l'Assuré se termine après le 365^e jour d'hospitalisation ayant donné lieu à indemnisation.

Dans ce cas, il est mis fin au contrat si l'Assuré principal est le seul adulte assuré ; par contre, si le conjoint est assuré, il pourra continuer à bénéficier de la garantie en devenant lui-même Assuré principal du contrat et en reprenant le paiement des cotisations.

L'hospitalisation simultanée de plusieurs Assurés entraîne le paiement d'autant d'indemnités.

En ce qui concerne l'Assuré principal et son conjoint, les garanties hospitalisation et exonération du paiement des cotisations, définie au paragraphe 2.2. « Exonération », ainsi que le versement des indemnités cessent également au plus tard au 31 décembre qui suit leur 80^e anniversaire. Pour les enfants, la garantie hospitalisation et le versement des indemnités débutent au plus tôt au 31^e jour suivant leur naissance et cessent également au plus tard au 31 décembre qui suit leur 18^e anniversaire.

Rechute

En cas de nouvelle hospitalisation due à la même cause survenant dans les 60 jours de la sortie d'hôpital, la franchise n'est pas appliquée et la durée maximale de versement des prestations tient compte de la période d'hospitalisation déjà indemnisée.

L'hospitalisation est un séjour **d'au moins 24 heures consécutives** dans un établissement de soins, public ou privé, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une Maladie ou de lésions résultant d'un Accident survenu pendant la durée du présent contrat. Est prise aussi en considération l'hospitalisation nécessitée par des examens médicaux.

L'indemnité n'est pas versée s'il s'agit d'un séjour dans :

- une maison de repos, de convalescence ou de retraite,
 - un établissement ou un service psychiatrique,
 - un centre de rééducation ou de soins de suite non pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire,
 - un centre de cure thermale, marine ou de désintoxication,
 - une maison d'enfants à caractère sanitaire, un institut médico-pédagogique,
- De même, les hospitalisations de jour ou à domicile ainsi que celles résultant d'une démence sénile ne sont pas couvertes.**

2.2 // EXONÉRATION

L'Assuré principal ou le conjoint assuré hospitalisé est exonéré du paiement de sa cotisation personnelle (niveaux 1 et 2 de garantie) à raison de 1/365^e de sa cotisation annuelle pour chaque journée d'hospitalisation indemnisée.

Il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation en cas d'hospitalisation d'un enfant assuré.

2.3 // MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

La déclaration de l'hospitalisation est accompagnée d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date d'entrée et, s'il y a lieu, la date de sortie de l'Assuré, du questionnaire médical et de la fiche de renseignements fournis par l'Assureur. Ces documents adressés sous pli fermé au médecin-conseil de l'Assureur précisent la nature de l'Accident ou de la Maladie dont souffre la personne hospitalisée.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation déclarée s'inscrit dans le cadre du contrat.

Sauf cas fortuit ou de force majeure :

- si la déclaration est faite plus de 30 jours après l'expiration du délai de franchise, les journées d'hospitalisation indemnisées ne sont décomptées qu'à partir du 30^e jour précédant la date d'envoi de la déclaration,

- si la déclaration est faite plus de 6 mois après la date de fin de l'hospitalisation, l'Assureur ne verse aucune prestation au titre de la garantie du présent contrat s'il établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Le coût des différentes pièces est à la charge de l'Assuré.

Les indemnités sont réglées à l'expiration de la période d'hospitalisation. Sur demande de l'Assuré principal, des acomptes mensuels peuvent être accordés en cas d'hospitalisation supérieure à un mois.

2.4 // MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

A condition qu'au moins un enfant soit assuré au contrat au moment du décès de l'Assuré principal, le conjoint et le(s) enfant(s) assuré(s) depuis plus de 6 mois, restent garantis sans avoir à payer de cotisations pendant un an.

A l'issue de cette année d'exonération, le contrat prend fin si le conjoint assuré ne reprend pas, en devenant lui-même Assuré principal, le paiement de ces cotisations.

Si les conditions ne sont pas réunies pour la mise en œuvre de cette exonération du paiement des cotisations, le conjoint assuré peut continuer à être garanti en devenant l'Assuré principal et en reprenant le paiement des cotisations.

3. ÉTENDUE DES GARANTIES

3.1 // PÉRIODE D'ATTENTE

Le risque hospitalisation est couvert le lendemain à midi du paiement de la première cotisation s'il est la conséquence d'un accident, ou de varicelle, variole, choléra, rougeole, rubéole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, érysipèle, tétanos, fièvre typhoïde, poliomyélite, toxicoose, ou 90 jours francs après ce paiement dans les autres cas.

Ce délai d'attente est également applicable pour les Assurés ajoutés postérieurement au contrat à compter de la date d'effet de l'ajout, soit le premier paiement de cotisation consécutif à l'enregistrement de l'ajout par l'Assureur.

3.2 // FORMALITÉS MÉDICALES À LA SOUSCRIPTION

La décision de l'Assureur est subordonnée à la production d'une déclaration d'état de santé ou d'un questionnaire de santé joint à la demande de souscription, complété et signé par la(les) personne(s) à assurer, ainsi qu'à l'accomplissement, le cas échéant, de formalités médicales complémentaires.

Après avis de son médecin-conseil, l'Assureur peut accepter, refuser le risque proposé ou l'accepter à des conditions spéciales (surprime et/ou exclusion de certains risques).

3.3 // ÉTENDUE TERRITORIALE

Le risque hospitalisation est couvert dans le monde entier. Cependant, en dehors de l'Europe occidentale (Union Européenne, Norvège, Suisse), **la garantie n'est acquise que pendant les séjours temporaires d'une durée maximum de 3 mois consécutifs.**

3.4 // RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque, erreur sur la date de naissance d'un des Assurés, entraîne l'application, selon le cas, des sanctions prévues au Code des assurances, c'est-à-dire la nullité du contrat, la résiliation du contrat ou la réduction

des prestations (articles L. 113-8, L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances).

Toute production intentionnelle par l'un des Assurés de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations, sans préjudice de l'action de l'Assureur en récupération des prestations indûment versées.

3.5 // FRANCHISES

L'indemnité journalière est payée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation en cas d'accident.

L'indemnité journalière est payée à compter du 4^e jour d'hospitalisation en cas de maladie.

L'hospitalisation consécutive à une maternité est indemnisée à compter du 9^e jour suivant l'accouchement.

3.6 // RISQUES EXCLUS

L'Assureur n'accorde pas sa garantie si l'hospitalisation est la conséquence :

- d'un Accident ou d'une Maladie intentionnellement provoqué par l'Assuré,
- de la tentative de suicide de l'Assuré,
- d'une guerre civile ou étrangère, d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage auxquels l'Assuré aurait participé,
- d'une Maladie constatée médicalement ou d'un Accident survenu moins de 5 ans avant le paiement de la première cotisation du présent contrat et non déclaré lors de la souscription,
- de l'usage de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
- d'un état d'ivresse, d'ébriété de l'Assuré attesté par un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à celui prévu à l'article L. 1 du Code de la route ou tout texte qui y serait substitué,
- d'un accident aérien, quels que soient la nature de l'appareil, l'équipement utilisé et les circonstances de

L'Accident ; toutefois, l'Assuré est garanti s'il se trouve à bord d'un appareil d'une capacité au moins égale à 30 places,
- de la pratique par l'Assuré d'un sport à titre professionnel,
- de la pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance, plongée, spéléologie, boxe, ski hors piste, hippisme en compétition, tout sport nécessitant un engin à moteur,
- de la participation à des paris, défis, ou toute tentative de records.

3.7 // ÉVÉNEMENTS NE CONSTITUANT PAS UN ACCIDENT

Les opérations non nécessitées par un Accident garanti, les suites d'effort et de surmenage, les hernies de toute nature, « tours de reins », lumbagos, ruptures d'anévrisme, attaques d'apoplexie, congestions, congélations ne sont pas considérés comme des Accidents.

4. DURÉE DU CONTRAT

4.1 // PRISE D'EFFET

Le contrat prend effet, après acceptation par l'Assureur et sous réserve de paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur les Conditions particulières.

4.2 // DURÉE

Le contrat est souscrit pour une durée d'un an à compter de la date d'effet. Il est ensuite reconduit automatiquement d'année en année par tacite reconduction. Toutefois, l'Assuré principal a le droit de résilier le contrat annuellement moyennant un préavis de deux mois au moins avant l'anniversaire de la date d'effet. En cas de résiliation par lettre recommandée, le préavis est décompté à partir de sa date d'envoi.

Le contrat cesse au plus tard au 31 décembre qui suit le 80^e anniversaire de l'Assuré principal. Toutefois, si le conjoint est assuré et âgé de moins de 80 ans, il pourra continuer à bénéficier de la garantie en devenant lui-même Assuré principal du contrat et en reprenant le paiement des cotisations.

4.3 // RÉSILIATION

Outre le cas prévu au paragraphe 4.2 « Durée », le contrat peut être résilié :

- **par l'Assuré principal :**

- si l'Assureur résilie l'un de ses autres contrats après sinistre (article R. 113-10 du Code des assurances),
- dans le cas prévu au paragraphe 5.3 « Révisions ».

L'Assuré principal peut résilier le contrat, soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social de l'Assureur ou auprès de son représentant, soit par acte d'huissier.

- **par l'Assureur :**

- au cas où l'Assuré principal ne paierait pas ses cotisations, dans les conditions de l'article L. 113-3 du Code des assurances reprises au paragraphe 5.1 « Paiement »,
- en cas de déclarations incomplètes ou inexactes constatées avant tout sinistre (fausse déclaration non intentionnelle - article L. 113-9 du Code des assurances).

La résiliation par l'Assureur est notifiée à l'Assuré principal par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu. Lorsque la résiliation est prononcée, la garantie prend fin et les prestations en cours de service cessent.

5. COTISATIONS

5.1 // PAIEMENT

L'Assureur s'engage à payer les indemnités assurées en contrepartie du paiement régulier d'une cotisation fixée selon le tarif du contrat et payable annuellement d'avance. Elle peut cependant être fractionnée par mois, trimestres ou semestres.

Ce tarif prévoit, en présence d'un Assuré principal et d'un conjoint assuré, une diminution de la cotisation du plus jeune des deux Assurés qui cesse ses effets lorsque l'un des deux adultes n'est plus assuré.

En cas de non-paiement d'une cotisation à son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré principal une lettre recommandée valant mise en demeure ; les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre.

Cette lettre précise aussi que, faute de paiement, le contrat est résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours.

L'article L. 113-3 du Code des assurances autorise par ailleurs l'Assureur à réclamer le paiement des cotisations restant dues jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

5.2 // REVALORISATIONS

Les cotisations et les prestations garanties sont revalorisées de 3 % au 1^{er} janvier de chaque année.

L'Assuré principal peut renoncer à ces revalorisations en demandant la stabilisation ; les cotisations et les prestations restent alors fixées au niveau atteint avant la revalorisation refusée.

Par la suite, l'Assuré principal peut demander à reprendre la progression automatique en avisant l'Assureur au moins un mois avant l'application de la progression, soit avant le 1^{er} décembre.

5.3 // RÉVISIONS

Si l'équilibre technique prévisible ou constaté du portefeuille de la garantie du présent contrat est remis en cause, l'Assureur pourra réviser le tarif et modifier les montants des cotisations. L'Assuré principal sera informé de cette modification avant sa prise d'effet.

S'il n'accepte pas cette révision, l'Assuré principal peut résilier son contrat dans les 15 jours suivant la notification de la nouvelle cotisation. La résiliation prend effet à l'expiration de la période correspondant au dernier versement de cotisation.

6. DISPOSITIONS DIVERSES

6.1 // OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

Outre le paiement des cotisations, l'Assuré doit :

- à la souscription du contrat, répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'Assureur l'interroge sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge (article L. 113-2), sous peine en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude, erreur sur la date de naissance d'un des Assurés, des sanctions prévues au Code des assurances, c'est-à-dire la nullité du contrat, la résiliation du contrat ou la réduction des prestations (articles L. 113-8, L. 113-9 et L. 132-26),
- en cours de contrat, déclarer la souscription d'autres contrats couvrant un ou plusieurs risques de même nature que ceux garantis par le présent contrat.

6.2 // REVALORISATIONS DES GARANTIES

Les indemnités garanties sont automatiquement revalorisées comme les cotisations, sauf si l'Assuré principal a demandé la stabilisation (paragraphe 5.2. « Revalorisations »).

6.3 // CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions du médecin-conseil de l'Assureur ou si le médecin-conseil estime que les éléments en sa possession sont insuffisants, l'Assureur peut demander des pièces complémentaires ou déléguer à ses frais un médecin expert chargé de faire constater son état de santé.

L'Assuré a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. Le refus injustifié de se soumettre à une expertise médicale reporte de plein droit la mise en jeu de la garantie jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Assuré qui dispose alors d'un délai de 60 jours pour exprimer son désaccord éventuel. Dans ce cas, le médecin de l'Assuré et le médecin expert désigné par l'Assureur désignent ensemble un troisième médecin qui départage les avis, ses honoraires étant supportés pour moitié par l'Assuré et l'Assureur.

Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

6.4 // PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites pour 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L. 114-1 du Code des assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

- 1 - En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 dernier a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ainsi que dans les cas ci-après (article L. 114-2 du Code des assurances) :

- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations,
- envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'Assuré en ce qui concerne le paiement des cotisations,
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- citation en justice (même en référé).

Les causes ordinaires d'interruption de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande de justice (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L. 114-3 du Code des assurances prévoit que « 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 prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

6.5 // RÉCLAMATION / MÉDIATION

En cas de réclamation, toute partie au contrat peut s'adresser à son conseiller habituel ou au :



Service Relation Clientèle : 0 969 321 901

(appel non surtaxé), de 8h30 à 18h00, du lundi au vendredi.

Si la réponse apportée par le conseiller ne donne pas satisfaction, le réclamant peut s'adresser au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact présent sur le site internet www.prevoir.com et/ou l'espace client,
- ou par voie postale à l'adresse suivante :



Prévoir-Vie Groupe Prévoir - Service Réclamations

19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation et d'indiquer le numéro de son contrat.

L'Assureur accusera bonne réception de la réclamation dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables suivant la date de réception du courrier. Une réponse définitive sera apportée par l'Assureur dans un délai maximum de deux mois.

Si un désaccord subsiste, le réclamant peut, avant toute demande en justice, saisir le Médiateur de l'assurance en lui adressant sa réclamation :

- via le site Internet de la Médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org
- ou par voie postale à l'adresse suivante :



la Médiation de l'assurance

TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

6.6 // AGRÉMENT - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Prévoir Hospi relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

6.7 // TRAITEMENTS DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur, responsable du traitement, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, pour la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- la souscription, la gestion administrative et commerciale du contrat et des services associés ;
- la gestion des réclamations ;
- la prospection commerciale, sauf si le client s'y est opposé ;
- la réalisation d'opérations de fidélisation ;
- la réalisation d'études marketing et la personnalisation de la relation clients ;
- la détection et la prévention de la fraude ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'intérêt légitime de l'Assureur et des obligations légales et réglementaires issues notamment des dispositions des Codes des assurances, de la consommation et monétaire et financier.

Les données collectées sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent par courrier électronique à droitinfo@prevoir.com ou par courrier postal à l'attention du Délégué à la protection des données, Prévoir-Vie Groupe Prévoir, 19 rue d'Aumale, CS 40019, 75306 Paris Cedex 09, accompagné d'une copie d'un titre d'identité.

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Conformément à l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Contractant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec l'Assureur, peut s'inscrire, gratuitement, sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

6.8 // LOI APPLICABLE ET RÉGIME FISCAL

Le droit applicable au contrat Prévoir Hospi est le droit français en tant que droit de l'Etat de résidence principale et habituelle de l'Assuré principal à la date de signature de la demande de souscription.

Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable au contrat serait ouvert, l'Assuré principal convient que la loi applicable est la loi française.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité et l'exécution du contrat sont de la compétence des tribunaux français.

Le contrat est soumis à la législation fiscale française. Les indemnités journalières versées par l'Assureur dans le cadre du contrat Prévoir Hospi ne sont pas imposables (sous réserve de toute évolution ultérieure), et n'ont donc pas à être déclarées au titre de l'impôt sur le revenu.

6.9 // FACULTÉ DE RENONCIATION

Conformément au premier alinéa de l'article L.112-9 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 avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités».

A titre purement contractuel, ce délai légal de renonciation est porté de quatorze à trente jours à compter de la date d'émission figurant sur les Conditions particulières, date à laquelle le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à :



Prévoir-Vie Groupe Prévoir

19 rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09

Les cotisations versées sont intégralement remboursées à l'Assuré principal dans les trente jours qui suivent la réception de cette lettre. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutes les garanties prennent fin au jour de la réception de la lettre de renonciation.

Modèle de lettre de renonciation : « Je soussigné..... demeurant à..... déclare renoncer à mon contrat Prévoir Hospi daté du..... et demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues.

Fait à le Signature » - joindre la présente Demande de souscription et le cas échéant les Conditions particulières.

6.10 // DISPOSITIF ANTI-BLANCHIMENT

Prévoir-Vie Groupe Prévoir est une société soumise au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, elle pourra demander à tout moment la communication de pièces complémentaires et soumettre la recevabilité d'une opération à la production des justificatifs demandés.

**PRÉVOIR-VIE
GROUPE PRÉVOIR**

SA au capital de 45 000 000 €
entièrement versé
343 286 183 RCS Paris

SIÈGE SOCIAL

19 rue d'Aumale - CS 40019
75306 Paris cedex 09

Entreprise régie par
le Code des assurances



MIEUX VIVRE DEMAIN, DÈS AUJOURD'HUI