



Filiassur  
**Hospitalisation Premium**  
**Notice d'information du contrat d'assurance**

# Filiassur

## Hospitalisation Premium

### Notice d'information du contrat d'assurance

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après désigné "Contrat") relevant des branches 1 et 2 de l'article R.321-1 du Code des assurances, souscrit par **l'Association pour la Prévoyance, la Santé et l'Environnement** (ci-après dénommée "Association" ou "Souscripteur") pour le compte de ses adhérents, auprès de **PREVOIR-VIE** (ci-après dénommé "Assureur"), distribué par l'intermédiaire de **FILIASUR et ses filiales** (ci-après dénommé « Distributeur » ou « FILIASUR »).

**Association : APSE** – Association pour la Prévoyance, la Santé et l'Environnement, association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 ayant son siège social 3, rue de Téhéran 75008 PARIS.

**Assureur : PREVOIR-VIE** – Groupe PREVOIR : Société anonyme au capital de 45 000 000 d'euros. Siège social : 19, rue d'Aumale - 75009 PARIS. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS Paris sous le n° 343 286 183.

**Distributeur : FILIASUR (et ses filiales)** – SAS au capital de 37 500 € ayant son siège social 5, rue de Turbigo 75001 PARIS, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 498 850 445, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 031 054 (vérifiable sur le site internet de l'ORIAS www.orias.fr).

L'Assureur et le Distributeur sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

#### 1 - DÉFINITIONS

**Accident :** Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré. La blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident ne peut être considérée comme un accident.

**Ne sont pas considérés comme Accident : les malaises cardiaques, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'attaque ou l'hémorragie cérébrale et la rupture d'anévrisme.**

**Adhérent :** La personne physique, résidant en France métropolitaine, membre adhérent de l'Association, ayant demandé à adhérer au Contrat entre son 18ème et son 65ème anniversaire.

**Agression :** Atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 48 heures consécutives. Ne sont pas considérées comme tiers les personnes ayant un lien de parenté ou résidant habituellement avec l'Assuré. Sera seul pris en compte l'évènement qui aura fait l'objet de la part de l'Assuré ou de l'Adhérent ou de son représentant d'un dépôt de plainte, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'évènement, auprès d'une autorité de justice.

**Assuré :** L'Adhérent et le cas échéant son Conjoint et ses Enfants.

**Conjoint :** Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps judiciairement, ou son partenaire de Pacte civil de solidarité (PACS), ou son concubin notoire, au sens du Code civil, âgé entre 18 et 64 ans et résidant en France métropolitaine.

**Enfant :** Il s'agit des enfants, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans, fiscalement à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint.

**Hospitalisation :** Tout séjour dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique, public ou privé) en France et dans le monde entier (pour les séjours de moins de 3 mois) d'au moins 48 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur (ou de ses mandataires) peut avoir accès. **Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.**

**Maladie :** Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

#### 2 - OBJET, EFFET ET DURÉE DE LA GARANTIE, MONTANT DE L'INDEMNITÉ GARANTIE, FRANCHISE

##### • Objet, durée et montant de l'indemnité garantie :

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré, la garantie du Contrat prévoit le versement à l'Assuré de l'indemnité journalière figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'Hospitalisation.

Le montant de l'indemnité journalière garanti peut varier entre 15,00 € et 100,00 €, l'Adhérent pouvant choisir l'un des montants suivants :

**15,00 € 25,00 € 40,00 € 50,00 € 60,00 € 75,00 € 100,00 €**

Cette indemnité est versée :

- pour toute Hospitalisation d'une durée d'au moins 48 heures consécutives pour chaque journée complète passée à l'hôpital,

- **déduction faite d'une franchise d'une journée d'Hospitalisation**, - au maximum **pendant 3 ans** (1095 jours) lorsqu'elle est consécutive à un Accident, et **pendant 1 an** (365 jours) si elle est due à une maladie.

Le montant de l'indemnité journalière d'hospitalisation est doublé en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident.

Si cet Accident est dû à une Aggression, il sera versé un complément d'indemnisation équivalent à un forfait de deux jours supplémentaires d'hospitalisation.

Plusieurs Hospitalisations successives de l'Assuré pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul évènement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de trois mois.

Les enfants mineurs (âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans) peuvent bénéficier de la garantie. Dans ce cas le montant de l'indemnité journalière sera égal à **50 % du montant de l'indemnité journalière de l'Adhérent.**

##### • Effet de la garantie :

La garantie du contrat ne comporte pas de délai d'attente et débute, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation due, dès la date d'effet de l'adhésion, sauf si l'Adhérent exerce son droit de renonciation (défini ci-après à l'article 9), ou à la date de prise d'effet des modifications en cas d'avenant au Certificat d'adhésion.

**Toutefois, les Hospitalisations qui sont dues à une Maladie (y compris les maladies congénitales ou héréditaires des Enfants assurés au contrat) survenue antérieurement à la date de prise d'effet de la garantie, à ses conséquences ou qui sont dues à un Accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de la garantie, ne seront prises en charge que si elles interviennent après 18 mois complets d'assurance. Ce principe s'applique également aux maternités antérieures à l'adhésion. Dans cette hypothèse, le délai précité est ramené à 12 mois.**

##### • Modifications des garanties :

L'Adhérent a la possibilité de demander les modifications suivantes :  
- la modification de la composition de la famille assurée (ajout ou un retrait d'un Assuré),  
- l'augmentation ou la diminution de l'indemnité journalière garantie.

Toute modification fera l'objet d'un avenant au Contrat, prenant effet à l'échéance mensuelle suivant la date de la demande.

La cotisation est recalculée – elle tient compte des modifications enregistrées et de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet de la modification.

**Toutefois, les Hospitalisations qui sont dues à une Maladie ou à un Accident survenus antérieurement à la date d'effet du présent avenant et intervenant dans les 18 mois suivant la date d'effet du présent avenant ne seront prises en charge qu'à hauteur des garanties prévues antérieurement à la modification des garanties (augmentation ou diminution du montant de l'indemnité journalière garantie) ou du changement de la composition de la famille assurée, prévues dans cet avenant.**

##### • Cessation de la garantie :

Les garanties prennent fin à la date de résiliation de l'adhésion au Contrat et au plus tard lorsque l'Assuré atteint son 75ème anniversaire ou son 18ème anniversaire lorsqu'il s'agit d'un/des Enfant(s) mineur(s) de l'Assuré.

#### 3 - EXCLUSIONS DE GARANTIE

**Ne donnent pas lieu au versement d'indemnités les Hospitalisations dues :**

- à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques, hospices, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services

de gérontologie, les établissements de cure ;  
- à l'état des personnes qui n'ont plus leur autonomie de vie d'une manière irréversible et qui nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien, de réadaptation et rééducation fonctionnelle ;  
- à des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement ;  
- à une maladie psychique, un bilan de santé (check-up) ;  
- à une interruption volontaire de grossesse ;  
- à une faute intentionnelle de l'Assuré ;  
- à l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement ;  
- à un état de démence, à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Réglementation en vigueur au jour du sinistre ;  
- à la pratique de sport en qualité de professionnel ;  
- à une guerre civile ou étrangère ;  
- aux effets de l'énergie nucléaire ;  
- de la pratique des sports ou activités de loisirs suivants : plongée ou pêche sous-marine au-delà de 20 mètres, sports de combat ou arts martiaux, sports de neige ou de glace (bobsleigh, luge, hockey, saut à ski), descente de rapides, saut à l'élastique, parapente, parachute, de la pratique de l'alpinisme et de l'escalade.

#### 4 - TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises en France métropolitaine et dans les autres pays du monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de 3 mois.

#### 5 - SINISTRE

• **Déclaration de sinistre** : sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré, ou l'Adhérent, doit déclarer l'Hospitalisation dans un délai maximum de 30 jours à FILIASSUR sous peine de déchéance du droit aux prestations si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

• **Documents à fournir** : L'Assuré ou l'Adhérent devra adresser les documents et pièces justificatives ci-après à l'attention du médecin-conseil de Filiassur à l'adresse Filiassur BP 71013 – 76061 Le Havre Cedex :

- un certificat médical indiquant la cause de l'Hospitalisation,
- en cas d'Accident : les preuves de celui-ci,
- les bulletins de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital,
- un RIB du compte sur lequel doivent être virées les prestations

L'Assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires et notamment des décomptes et notifications de la Sécurité Sociale. Un médecin qu'il aura désigné doit pouvoir, le cas échéant, examiner l'Assuré.

• **Le contrôle médical** : l'Adhérent ou l'Assuré doit apporter la preuve de la nécessité de l'Hospitalisation pendant toute la durée du séjour. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par l'Assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci. Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou du lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'Assureur, sauf opposition justifiée.

**A défaut de se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le paiement des indemnités garanties, selon la situation, sera respectivement refusé ou suspendu.**

En cas d'examen médical, l'Assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'Assuré par le médecin-conseil de l'Assureur. Elles peuvent conduire l'Assureur à refuser le paiement des indemnités garanties s'il juge que l'état de l'Assuré ne nécessitait pas une Hospitalisation ou la prolongation du séjour.

Si l'Assuré n'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis.

• **L'expertise médicale** : en cas de désaccord sur les conclusions du médecin-conseil, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute par l'une des parties de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

• **Paiement des indemnités garanties** : le paiement des indemnités garanties sera effectué dans les 15 jours suivant la réception de toutes pièces justificatives et l'accord des parties, ou le rapport d'expertise s'il y a lieu. Le règlement sera établi au nom de l'Adhérent. En cas d'Hospitalisation de plus de 30 jours, l'indemnité sera versée chaque fin de mois.

• **Fausse déclarations** : toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque, erreur sur la date de naissance de(s) assuré(s), entraîne l'application, selon le cas, des sanctions prévues dans le 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 le(s) assuré(s) de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout

droit à prestations.

#### 6 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre de la présente adhésion est celui figurant sur le certificat d'adhésion au Contrat, et n'évolue pas en fonction de l'âge de l'Assuré.

La cotisation est calculée en tenant compte :

- de la composition de la famille assurée (nombre d'Assurés),
- de l'âge de chaque Assuré au jour de l'adhésion et de leur statut (assuré principal, conjoint, enfant),
- du montant de l'indemnité journalière garantie retenu pour chaque Assuré.

En cas de changement de la composition de la famille assurée (ajout ou retrait d'un Assuré) ou d'augmentation ou diminution du montant de l'indemnité journalière garantie la cotisation est susceptible d'évoluer à la hausse ou à la baisse. La nouvelle cotisation sera précisée sur l'avenant au certificat d'adhésion.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur, en accord avec l'Association, en fonction des résultats techniques du Contrat et prendra effet à l'échéance annuelle de chaque adhésion.

L'Assureur pourra également réviser le montant de la cotisation si les Pouvoirs Publics changent le taux de taxe incluse dans le barème de cotisation. La modification du montant de la cotisation interviendra dans ce cas, lors de l'échéance de la cotisation qui suit la date d'entrée en vigueur de cette évolution réglementaire.

La cotisation annuelle est payable par chèque ou prélèvement automatique. En cas de fractionnement, la cotisation est payable par prélèvement automatique.

Toute modification au Contrat sera notifiée à l'Adhérent au moins trois mois avant sa prise d'effet. Le consentement de chaque Adhérent à une modification peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, il est précisé que ce 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 formée auprès de l'Assureur de la part de l'Adhérent dans les 30 jours suivant son exécution.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Adhérent est informé par une lettre recommandée de mise en demeure que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion au Contrat.

La résiliation de l'adhésion et la cessation de la garantie interviendront, de plein droit, quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation n'ait été prélevée dans l'intervalle.

#### 7 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

• **Prise d'effet de l'adhésion** : l'adhésion au Contrat prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion.

• **Prise d'effet des garanties** : les garanties prennent effet à la date de prise d'effet de l'adhésion ou à la date de prise d'effet des modifications en cas d'avenant au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation due.

• **Durée de l'adhésion** : l'adhésion au Contrat dure un an et se renouvelle automatiquement d'année en année par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation de l'adhésion.

• **Information à communiquer en cours d'adhésion** : l'Adhérent devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier recommandé, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications de l'Assureur, de FILIASSUR ou du Souscripteur seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu d'eux.

#### 8 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

• **Par l'Adhérent** : lors de chaque renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion, par lettre recommandée adressée à : FILIASSUR – BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX

• **De plein droit** :

- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation du contrat Filiassur Hospitalisation Premium par l'Association ou par l'Assureur, l'Adhérent devant en être informé au moins 3 mois à l'avance ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

#### 9 - RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Ce délai inclut le délai de renonciation de 14 jours de l'article L112-2-1 du Code des assurances. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à : FILIASSUR HOSPITALISATION PREMIUM – BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX. Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après.

Pendant le délai de renonciation, si l'Adhérent déclare un sinistre dans les conditions prévues à l'article 5 « Sinistre » de la présente notice, celui-ci

ne pourra plus exercer son droit de renonciation, cette déclaration de sinistre constituant l'accord de l'adhérent pour un commencement d'exécution de l'adhésion au Contrat.

Pour toute précision relative au droit de renonciation, vous pouvez contacter FILIASSUR au

**0 800 941 426**  
**Service et appel gratuits**

#### Modèle de lettre de renonciation :

« Je, soussigné(e), (nom et prénom de l'adhérent) demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat Filiassur Hospitalisation Premium, référence (les références de votre adhésion) du (date).

(Si des cotisations ont été perçues) : Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ signature

Date et signature »

#### 10 - DISPOSITIONS DIVERSES

##### • Dispositions relatives aux relations entre l'Assureur et l'Association :

Le Contrat, conclu entre l'Association et l'Assureur, prend effet le 1er septembre 2014. Il est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre 2014 et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'Association ou l'Assureur.

En cas de résiliation du Contrat, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées par l'Assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation. Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées à partir de la date d'effet de la résiliation. En cas de disparition de l'association ou de l'assureur, les mêmes dispositions sont applicables.

En cas de modifications apportées au Contrat, l'Association remet aux Adhérents une nouvelle notice d'information. Les Adhérents sont préalablement informés par l'Association et par écrit du contenu des modifications apportées à leurs droits et obligations 3 mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur. L'Association ne participe en aucun cas à la gestion du contrat. Elle s'informe régulièrement pour le compte des adhérents de son bon fonctionnement.

##### • Démarchage téléphonique :

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

##### • Prescription :

###### Article L 114-1 Code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux 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 dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une autre personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

###### Article L 114-2 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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. »

###### Article L 114-3 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont citées aux articles 2240 à 2246 du Code civil et sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;

- la demande en justice même en référé, sauf si le demandeur se désiste, laisse périmer l'instance ou si à sa demande est définitivement rejetée (article 2241 à 2243 du Code civil) ;

- la 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 (article 2246 du Code civil).

##### • Loi applicable, langue utilisée et juridiction :

Le présent Contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régies par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

La langue utilisée pendant les relations contractuelles et la durée du présent Contrat est le français.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution du présent Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

##### • Traitement et protection des données personnelles (Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) :

L'Adhérent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé des informations nominatives et personnelles recueillies auprès de lui par le Distributeur et l'Assureur (et leurs mandataires) dans le cadre de l'adhésion au Contrat, ainsi qu'en cours de gestion de celle-ci.

Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion du Contrat.

Ces informations sont destinées exclusivement au Distributeur et à l'Assureur (et leurs mandataires) pour les besoins de la gestion du Contrat, à leurs partenaires contractuels concourant à la réalisation de cette gestion ainsi, le cas échéant, qu'aux Autorités de tutelle.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des informations le concernant figurant dans les fichiers de l'Assureur ou du Distributeur dans les conditions prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, en contactant Filiassur par courrier postal à l'adresse suivante : FILIASSUR – BP 71013 – 76061 LE HAVRE Cedex.

Sa demande doit être accompagnée de la copie d'un justificatif d'identité comportant sa signature.

Toute déclaration fautive ou irrégulière peut faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir ou identifier une fraude.

Les conversations téléphoniques entre l'Adhérent et l'Assureur ou le distributeur (ainsi que leurs mandataires) sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des sinistres.

Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion et des sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par la législation et les autorisations obtenues auprès de la CNIL, aux filiales et sous-traitants de l'Assureur ou du distributeur hors Union Européenne.

##### • Examen des réclamations :

En cas de difficulté relative à l'assurance ou à la prestation dont il bénéficie, l'Assuré peut adresser sa réclamation au distributeur par voie postale à l'adresse suivante :

FILIASSUR – Service Réclamations  
BP 71013 – 76061 LE HAVRE CEDEX

FILIASSUR s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (même si la réponse à la réclamation est également apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 mois suivant sa date de réception.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par FILIASSUR, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur par voie postale à l'adresse suivante :

PREVOIR-VIE  
19, rue d'Aumale – 75009 PARIS

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à sa réclamation par l'Assureur, l'Assuré dispose également de la faculté de saisir la Médiation de l'assurance afin de soumettre sa réclamation, en l'adressant :

- sur le site Internet de la Médiation de l'assurance : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)  
- ou par voie postale à :

LMA - TSA 50110  
75441 PARIS Cedex 09

Les dispositions du présent paragraphe s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

• **Fonds de garantie** : il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juin 1999.

• **Convention sur la preuve** : Les parties conviennent que les données électroniques et les enregistrements vocaux, sous réserve du respect des durées de conservation prévues par la réglementation en vigueur (et leur transcription écrite), conservées par FILIASSUR seront admis comme preuves des opérations effectuées au titre de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

Toute correspondance ou demande de renseignement doit être exclusivement adressée à :

**FILIASSUR HOSPITALISATION PREMIUM**  
**BP 71013 - 76061 LE HAVRE CEDEX**

**N° 0 800 941 426 (Service & Appel gratuits)**