

# Comment remplir votre demande de souscription RELAIS HOSPITALISATION ?

FINAREF

Assurances

## Suivez les 4 étapes :

### 1ère étape :

Imprimez ce dossier de souscription, il comprend :

- La demande de souscription
- L'autorisation de prélèvement
- Les conditions générales valant notice d'information
- L'extrait de la convention d'assistance valant notice d'information.

### 2ème étape :

Prenez connaissance des notices d'information et de la demande de Souscription

### 3ème étape :

Complétez lisiblement votre demande de souscription, **sans oublier de dater et signer**. Pour cela suivez les instructions ci-dessous :

**Nota : Toutes les réponses sont obligatoires.**

The image shows a sample of the subscription form. Red arrows point from the explanatory text on the right to specific sections of the form: 'LE SOUSCRIPTEUR' points to the personal information section; 'LE 2ÈME ASSURÉ' points to the section for a second insured person; 'VOS ENFANTS ASSURES' points to the section for children; 'VOS GARANTIES' points to the section for choosing coverage options; 'LE MODE DE RÈGLEMENT' points to the section for payment method; and 'DATE ET SIGNATURES' points to the signature and date fields at the bottom.

#### LE SOUSCRIPTEUR

Indiquez ici lisiblement les coordonnées du souscripteur.

#### LE 2ÈME ASSURÉ

Indiquez ici lisiblement les coordonnées du 2ème assuré. Le 2ème assuré est votre conjoint(e) ou concubin(e) si vous-même êtes le souscripteur, ou bien vous-même si votre conjoint(e) ou concubin(e) est le souscripteur. La personne désignée comme 2ème assuré bénéficiera d'une réduction de 20% sur sa cotisation.

#### VOS ENFANTS ASSURES

Indiquez ici lisiblement les nom, prénom et date de naissance de vos enfants mineurs que vous souhaitez assurer. Le montant de la cotisation est unique, quel que soit le nombre d'enfants.

#### VOS GARANTIES

Choisissez l'option qui vous convient et cochez la case correspondante : 25 Euros ou 35 Euros par jour d'hospitalisation

#### LE MODE DE RÈGLEMENT

Ne payez rien aujourd'hui mais choisissez dès maintenant votre mode de paiement. Si vous optez pour le prélèvement automatique, joignez un RIB et l'autorisation de prélèvement dûment complétée.

#### DATE ET SIGNATURES

Les personnes qui souhaitent s'assurer datent et signent à l'endroit indiqué.

### 4ème étape :

Renvoyez-nous l'exemplaire dans une enveloppe affranchie à l'adresse suivante :  
FINAREF RISQUES DIVERS - BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1

# DEMANDE DE SOUSCRIPTION RELAIS HOSPITALISATION

**FINAREF**  
Assurances

À retourner dans une enveloppe affranchie à l'adresse : FINAREF RISQUES DIVERS - BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1

33253

La cotisation  
du 2<sup>ème</sup> assuré  
à -20 %



Un mois  
d'assurance GRATUIT

01/06

**OUI,** je désire souscrire "Relais Hospitalisation" qui garantit le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation, ou le remboursement d'une partie des cotisations en l'absence d'hospitalisation.

## LES PERSONNES À ASSURER

### SOUSCRIPTEUR : 1<sup>er</sup> ASSURE

M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance\* : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Adresse : .....

.....

Code postal : |\_|\_|\_|\_| Ville : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

\* Age maximum à la souscription : 65 ans

### MON CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E) : 2<sup>ème</sup> ASSURE

M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance\* : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

\* Age maximum à la souscription : 65 ans

**-20%**  
sur la cotisation  
du 2<sup>ème</sup> assuré

### MES ENFANTS MINEURS (âgés de plus de 30 jours)

Nom	Prénom	Date de naissance
.....	.....	_ _   _ _   _ _
.....	.....	_ _   _ _   _ _
.....	.....	_ _   _ _   _ _

(à compléter sur papier libre si vous avez plus de 3 enfants)

## LES GARANTIES CHOISIES (cochez la case correspondante)

**25 Euros/jour** d'hospitalisation (163,99 F/j)

	Cotisations mensuelles à la souscription en fonction de l'âge du souscripteur		
	18-40 ans	41-60 ans	61-65 ans
VOUS vous assurez seul(e)	10 €	14,20 €	31,10 €
VOUS vous assurez avec VOTRE CONJOINT(E)	18 €	25,56 €	55,98 €
VOUS vous assurez seul(e) avec VOS ENFANTS	18 €	22,20 €	39,10 €
VOUS vous assurez avec votre CONJOINT(E) et VOS ENFANTS	26 €	33,56 €	63,98 €

**35 Euros/jour** d'hospitalisation (229,58 F/j)

	Cotisations mensuelles à la souscription en fonction de l'âge du souscripteur		
	18-40 ans	41-60 ans	61-65 ans
VOUS vous assurez seul(e)	14 €	19,90 €	43,50 €
VOUS vous assurez avec VOTRE CONJOINT(E)	25,20 €	35,82 €	78,30 €
VOUS vous assurez seul(e) avec VOS ENFANTS	25,20 €	31,10 €	54,70 €
VOUS vous assurez avec votre CONJOINT(E) et VOS ENFANTS	36,40 €	47,02 €	89,50 €

Je bénéficie d'un mois de cotisation GRATUIT. Je ne paie rien aujourd'hui mais j'indique dès maintenant mon mode de règlement :

paiement mensuel par carte Kangourou (0|0| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|) (si vous en possédez une)

prélèvement automatique sur mon compte bancaire ou postal, je joins un RIB et l'autorisation de prélèvement ci-jointe dûment complétée.

Les personnes à assurer déclarent ne pas être atteintes d'une affection de longue durée (ALD) au sens du n°3 de l'article L322-3 du code de la sécurité sociale. Elles reconnaissent préalablement à la souscription, avoir pris connaissance, accepter et être restées en possession du barème des cotisations, des conditions générales d'assurance qui précisent notamment les conditions d'exercice du droit de renonciation et de l'extrait de la convention d'assistance. Elles certifient que les renseignements fournis sur la présente demande sont à leur connaissance exacts et prennent acte qu'une fausse déclaration ou réticence intentionnelle de leur part entraînerait la nullité du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.

Date :

Signature du souscripteur :

Signature du 2<sup>ème</sup> assuré :

Ces informations, objet d'un traitement informatique, sont indispensables à la prise en compte de votre demande. L'assuré en autorise la communication à des fins de gestions et/ou commerciales à Finaref Risques Divers, ses partenaires contractuels et les autres sociétés des groupes PPR et Crédit Agricole, sauf opposition écrite dans les conditions prévues dans la notice d'information ci-jointe. Ces informations donnent lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi informatique et libertés.



Le contrat RELAIS HOSPITALISATION offre à l'assuré les garanties d'assurance décrites ci-après ainsi que les garanties d'assistance mentionnées dans la convention d'assistance jointe en annexe.

## CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

### PREAMBULE

Les présentes conditions générales, de nature commerciale, sont valables sans limitation de durée sous réserve d'acceptation de la souscription par l'assureur. L'assureur et le courtier d'assurance distributeur du présent contrat font partie du groupe FINAREF.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

### LEXIQUE

- **1<sup>er</sup> assuré** : souscripteur du contrat, désigné aux conditions particulières ; à la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 66 ans, résider en France et répondre aux conditions d'admission à l'assurance.
- **2<sup>ème</sup> assuré** : le conjoint ou concubin du souscripteur désirent être assuré sur le même contrat et désigné aux conditions particulières. A la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 66 ans, résider en France et répondre aux conditions d'admission à l'assurance.
- **Enfants** : vos enfants à charge assurés, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans. Si à la souscription vous choisissez d'assurer vos enfants, tous les autres enfants à charge nés après la date d'effet du contrat le seront automatiquement dès qu'ils seront âgés de plus de 30 jours.
- **Vous** : le 1<sup>er</sup> assuré ou le 2<sup>ème</sup> assuré pour ce qui concerne les garanties, le 1<sup>er</sup> assuré pour les obligations relatives à la vie du contrat.
- **Nous** : Finaref Risques Divers.
- **Accident** : atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie. Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie, les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie et autres affections similaires.
- **Maladie** : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
- **Hospitalisation** : séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

## I - VOS GARANTIES

Les garanties telles qu'ici proposées le sont afin de couvrir, dans les conditions et limites du présent contrat, vos besoins de protection en cas d'hospitalisation.

### I-1. Quel est l'objet de votre contrat ?

RELAIS HOSPITALISATION garantit le versement d'une indemnité journalière par jour d'hospitalisation. Cette indemnité journalière est versée :

- dès le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à un accident ou à une maternité et qu'elle dure au moins une nuit,
- dès le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation si celle-ci est consécutive à une maladie et qu'elle dure au moins 3 jours consécutifs.

Nous garantissons le versement d'un maximum de 730 indemnités journalières au titre d'une ou plusieurs hospitalisations ayant pour cause un même accident, ou une même maladie, ou une même maternité.

### I-2. Quel est le montant de votre indemnité journalière ?

Le montant de l'indemnité journalière souscrit est indiqué dans vos conditions particulières. En cas d'hospitalisation simultanée du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>ème</sup> assurés suite à un accident, le montant de l'indemnité journalière garanti est doublé pour chacun d'eux, tant que dure l'hospitalisation commune.

### I-3. A qui l'indemnité journalière est-elle versée ?

Les prestations sont systématiquement versées au 1<sup>er</sup> assuré, quel que soit l'assuré hospitalisé, charge à lui de les reverser à l'identique à l'assuré concerné ou à défaut aux héritiers de l'assuré concerné.

### I-4. Quelle est l'étendue territoriale de vos garanties ?

Les garanties de RELAIS HOSPITALISATION s'exercent dans le monde entier. Toutefois, le paiement des prestations s'effectuera en France et en Euros.

### I-5. Quels sont les événements non garantis ?

Sont exclues de votre garantie les hospitalisations consécutives :

- au suicide ou à la tentative de suicide,
- à l'usage par l'assuré de drogues, stupéfiants ou médicaments non prescrits médicalement,
- au fait intentionnel ou dolosif de l'assuré,
- à une guerre civile ou étrangère, ou la participation à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, à un duel, à une rixe (sauf cas de légitime défense),
- à une explosion atomique ou aux effets directs ou indirects de la radioactivité,
- à un état d'ivresse manifeste ou état alcoolique de l'assuré constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel il est susceptible de faire l'objet d'une sanction pénale,
- à la pratique d'un sport aérien, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, de l'alpinisme, d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou engin à moteur,
- à une maladie intervenue dans les 3 mois suivant la date d'effet, ou à une grossesse dont le début se situe avant la date d'effet du contrat,

- aux asthénies, états dépressifs et affections psychiatriques.

Ne sont pas garanties les hospitalisations effectuées dans le cadre :

- de l'hospitalisation à domicile,
- d'un bilan de santé, de traitements esthétiques,
- de cures de désintoxication ou de sommeil.

Ne sont pas garanties les hospitalisations effectuées au sein :

- d'établissements ou services psychiatriques, thermaux, climatiques, diététiques,
- d'établissements et centres héliomarins, d'hospices de personnes âgées, d'établissements ou services de gérontologie et gériatrie,
- d'établissements et maisons de santé médicales, de retraite, de convalescence, de repos, de plein air,
- d'établissements et services de rééducation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle et motrice.

Ne sont pas garantis les séjours effectués dans un centre de thalassothérapie.

### I-6. Que se passe-t-il si vous n'avez pas recours à vos garanties ?

Pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> assuré

Si le 1<sup>er</sup> assuré et/ou le 2<sup>ème</sup> assuré ne sont pas hospitalisés au cours des 5 années qui suivent la date d'effet du contrat, nous vous remboursons la moitié des cotisations versées pour le ou les assuré(s) concerné(s) sur cette période. Si le 1<sup>er</sup> assuré et/ou le 2<sup>ème</sup> assuré devaient être hospitalisés au cours de ces 5 années, une nouvelle période d'observation de 5 ans débuterait, pour le ou les assuré(s) concerné(s) à l'échéance mensuelle suivant le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

Pour les enfants assurés

Si aucun de vos enfants assurés n'est hospitalisé au cours des 5 années qui suivent la date d'effet de votre contrat, nous vous remboursons la moitié des cotisations «enfants» versées sur cette période.

Si une hospitalisation devait survenir au cours de ces 5 années, une nouvelle période d'observation de 5 ans débuterait, pour l'ensemble des enfants, à l'échéance mensuelle suivant le dernier jour d'hospitalisation indemnisé. Ce principe se renouvelle ensuite automatiquement tout au long de la vie de votre contrat. Bien entendu, vous restez garanti par RELAIS HOSPITALISATION, aussi longtemps que vous le souhaitez.

Le remboursement des cotisations selon le principe qui vient d'être énoncé ne peut avoir lieu que si les cotisations dues au titre du contrat sont payées dans leur intégralité et aux échéances prévues.

## II - LA VIE DE VOTRE CONTRAT

### II-1. Quand et pour combien de temps votre contrat est-il conclu et prend-il effet ?

Votre contrat est conclu et prend effet à la date d'enregistrement de votre demande de souscription. Cette date est indiquée dans vos conditions particulières. Votre contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de

la date d'effet. Il se renouvellera ensuite par tacite reconduction, d'année en année, à chaque échéance anniversaire, sans intervention de votre part.

#### II-2. Pouvez-vous renoncer à votre contrat ?

Vous disposez d'une faculté de renonciation de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat, période pendant laquelle vous bénéficiez néanmoins gratuitement de vos garanties.

A l'issue de ce délai, vous disposez encore de 30 jours à compter du paiement de la première cotisation pour demander à renoncer à votre contrat.

Pour ce faire, merci de nous adresser une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée selon le modèle suivant : « Madame, Monsieur, je vous informe par la présente de mon souhait de renoncer à mon contrat **Relais Hospitalisation** n°XXX. Date. Signature ».

Vos garanties prendront alors rétroactivement fin dès réception de votre lettre recommandée et vous serez alors remboursé de l'intégralité des cotisations éventuellement réglées, déduction faite des prestations déjà versées par nous.

#### II-3. Quel est le montant de vos cotisations ?

Le montant de vos cotisations à la date d'effet de votre contrat est fonction du montant de l'indemnité journalière souscrite, du nombre d'assurés et de la tranche d'âge dans laquelle le souscripteur se situe à cette date. Le montant de vos cotisations à la date d'effet de votre contrat est indiqué dans vos conditions particulières. Il évolue ensuite en fonction de la tranche d'âge atteinte par le souscripteur aux échéances anniversaires du contrat. Les tranches d'âge sont les suivantes : 18-40 ans, 41-60 ans, 61-75 ans, 76 ans et plus. Il pourrait d'autre part être réajusté, notamment si nous devions modifier le barème de cotisations de l'ensemble des contrats de même nature que le vôtre. Ce ne serait qu'à la date de renouvellement de votre contrat que votre cotisation serait réajustée sur le nouveau barème en vigueur. Vous pourriez alors refuser cette augmentation en résiliant votre contrat par simple lettre adressée à nos services, dans les conditions indiquées au paragraphe II-6 ci-dessous.

#### II-4. Quels sont les modes de paiement de vos cotisations ?

Vos cotisations sont payables mensuellement, d'avance, le 5 de chaque mois :

- soit par prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou postal domicilié en France,
- soit par imputation automatique sur la carte de paiement mentionnée dans vos conditions particulières.

Dans ce cas, le paiement des cotisations mensuelles reste soumis aux conditions d'utilisation de la carte, telles que définies par l'organisme financier. En cas de refus de paiement des cotisations mensuelles par cet organisme, Finaref Risques Divers vous avertira et vous proposera un nouveau moyen de paiement. Vous pouvez à tout moment modifier votre mode de règlement.

#### II-5. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de vos cotisations ?

Si une cotisation mensuelle n'était pas payée dans les 10 jours suivant la date de son échéance, Finaref Risques Divers vous préviendrait, par lettre recommandée de mise en demeure, des conséquences du non-paiement de vos cotisations mensuelles. Si 40 jours après l'envoi de cette lettre, les cotisations mensuelles échues ou à échoir dans ce délai n'étaient toujours pas payées dans leur intégralité, votre contrat **RELAIS HOSPITALISATION** serait résilié automatiquement et sans frais.

#### II-6. Dans quels cas votre contrat cesse-t-il ?

**Résiliation par vous :**

- vous pouvez, par simple lettre envoyée à l'adresse indiquée ci-après, mettre fin à tout moment à votre contrat. Celui-ci cessera le 5 du mois suivant la dernière échéance payée.

**Résiliation par nous :**

- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat.

#### II-7. Que faut-il faire pour percevoir les prestations ?

Le règlement des indemnités journalières interviendra dans les 15 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives et l'accord des parties.

Il faut nous adresser les pièces suivantes :

- **dans les 15 jours suivant l'entrée à l'hôpital** : le questionnaire médical qui sera fourni par Finaref Risques Divers,
- **pendant le séjour, s'il est supérieur à 30 jours** : un bulletin de situation hospitalière tous les quinze jours,
- **au plus tard dans les 3 mois suivant la sortie de l'hôpital** : une copie du bulletin de sortie, mentionnant clairement les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l'assuré concerné a séjourné,
- **en outre, si l'hospitalisation est consécutive à un accident** : une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident, les preuves de l'accident (comme par exemple : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux).

Ces documents peuvent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Finaref Risques Divers. Si nécessaire, Finaref Risques Divers peut demander tout renseignement ou justificatif complémentaire ou faire effectuer à ses frais tout examen médical par un médecin indépendant. En cas de refus de votre part de vous soumettre à un examen médical ou dès notre notification de demande d'examen médical, le versement des prestations sera suspendu.

#### II-8. Examen des réclamations

Toute réclamation concernant le contrat peut être exercée à l'adresse de Finaref Risques Divers. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours interne ont été épuisées, vous pouvez solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.), personne indépendante de Finaref Risques Divers. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont disponibles sur simple demande auprès de nous.

#### II-9. Généralités

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption.

Le présent contrat ainsi que les relations pré-contractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises. L'autorité chargée du contrôle de Finaref Risques Divers est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles : 54 rue de Châteaudun, 75009 PARIS.

#### II-10. Loi Informatique et Libertés

L'assuré est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé des informations nominatives et personnelles recueillies auprès de lui par Finaref Risques Divers dans le cadre de son contrat ainsi qu'en cours de gestion de celui-ci. Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à l'obtention de ses garanties ainsi qu'à la gestion de son contrat. Ces informations sont destinées exclusivement à Finaref Risques Divers (et à ses 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. Le souscripteur accepte expressément, sauf opposition formelle de sa part, que tout ou partie de ces informations soient également exploitées à des fins de prospection commerciale et d'exploitation marketing par :

- Finaref Risques Divers, ses partenaires contractuels, la société Finaref ainsi que les entités et les sociétés contrôlées par cette dernière au sens de l'article L. 233-1 du Code de Commerce,
- l'ensemble des autres sociétés du Groupe Pinault-Printemps-Redoute à raison des seules informations nominatives relatives à l'identification de l'assuré.

L'assuré dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des informations le concernant figurant dans les fichiers de Finaref Risques Divers. Il dispose en outre, comme indiqué ci-dessus, de la faculté de s'opposer à leur utilisation à des fins commerciales, en contactant Finaref Risques Divers par courrier recommandé avec accusé de réception adressé à son siège social.

Pour toute question relative à votre contrat, n'hésitez pas à nous joindre au 03 20 89 60 30.

Vous souhaitez nous envoyer un courrier, adressez-le à :

**Finaref Risques Divers - BP 90087 - 59052 ROUBAIX CEDEX 1**

## EXTRAITS DE LA CONVENTION D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

### PREAMBULE

La présente convention d'assistance constitue les conditions générales des garanties d'assistance RELAIS HOSPITALISATION. Elle détermine les prestations qui sont garanties et fournies par EUROP ASSISTANCE FRANCE aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> assurés couverts au titre du contrat d'assurance RELAIS HOSPITALISATION par FINAREF RISQUES DIVERS. FINAREF RISQUES DIVERS a confié la mise en œuvre des prestations d'assistance à EUROP ASSISTANCE FRANCE, société régie par le Code des Assurances, dont le siège social se trouve 1 promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS.

### REGLES A OBSERVER IMPERATIVEMENT EN CAS D'ASSISTANCE

Pour nous permettre d'intervenir il est nécessaire :

- de joindre sans attendre FINAREF ASSISTANCE au numéro de téléphone qui vous sera communiqué avec votre contrat,
- de nous communiquer : votre nom et prénom, votre numéro de contrat RELAIS HOSPITALISATION,
- d'obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- de se conformer aux solutions que nous préconisons,
- de nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

### MISE EN ŒUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9h00 à 19h30.

### OBJET DE LA GARANTIE

Dans les conditions d'assistance définies ci-après, la présente convention d'assistance garantit les prestations d'assistance lors d'une hospitalisation du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> assuré. L'intervention d'EUROP ASSISTANCE FRANCE est soumise à la condition expresse que l'hospitalisation soit survenue entre le jour de prise d'effet du contrat d'assurance RELAIS HOSPITALISATION et sa résiliation.

### 1. DEFINITIONS ET DOMAINE D'APPLICATION DE LA GARANTIE

#### 1.1. Nous

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par EUROP ASSISTANCE FRANCE, désignée par le terme « nous ».

#### 1.2. Les personnes bénéficiant de la garantie - Vous

Les 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> assurés désignés aux conditions particulières du contrat d'assurance RELAIS HOSPITALISATION.

#### 1.3. Domicile

Par domicile, on entend le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré, situé en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco.

#### 1.4. Accident

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'exclusion d'une maladie. Ne sont pas considérés comme accidents mais comme maladies les événements tels que l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie et autres affections similaires.

#### 1.5. Maladie

Toute altération de la santé médicalement constatée par une autorité médicale compétente.

#### 1.6. Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

#### 1.7. France

France métropolitaine et Principauté de Monaco.

#### 1.8. Etendue territoriale et nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance s'exercent en France.

#### 1.9. Date d'effet et durée de validité

La présente convention d'assistance prend effet à la date d'effet du contrat RELAIS HOSPITALISATION, garanti par FINAREF RISQUES DIVERS, pour la même durée que ledit contrat d'assurance. Elle cesse de ce fait et est résiliée aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que le contrat d'assurance.

### 2. ASSISTANCE AUX PERSONNES

#### 2.1. En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> assuré supérieure à 24 heures, consécutive à une maladie ou à un accident.

##### 2.1.1. Assistance aux enfants

Vous êtes hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous pourrez prétendre à l'un des trois services suivants :

- nous recherchons une personne compétente et qualifiée pour garder vos enfants de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales et

prenons en charge les frais de garde à concurrence de 10 heures consécutives par jour et pendant 3 jours de suite. Dans l'hypothèse où les déplacements de l'enfant durant le temps de garde nécessitent l'accompagnement d'un adulte, cette personne s'en chargera ; cependant, en aucun cas, elle n'utilisera son véhicule personnel,

ou

- nous mettons à la disposition d'une personne que vous désignez résidant en France, un billet de train aller/retour en 1<sup>ère</sup> classe ou un billet d'avion de ligne en classe économique depuis son domicile et jusqu'à votre domicile pour lui permettre d'effectuer la garde des enfants,

ou

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour d'une personne que vous choisissez ou d'une de nos hôtesses pour accompagner vos enfants de moins de 15 ans par train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion de ligne en classe économique depuis leur domicile et jusqu'au domicile d'un parent résidant en France. Nous prenons en charge également les billets de vos enfants, dans les mêmes conditions que ci-dessus.

##### 2.1.2. Aide-ménagère

Vous êtes hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident : nous organisons et prenons en charge la présence d'une aide - ménagère à concurrence de 20 heures soit pour venir en aide au conjoint resté seul pendant votre hospitalisation soit à votre retour pour vous aider durant votre convalescence. L'utilisation du service doit intervenir dans les 30 jours suivant le début de l'hospitalisation et/ou le retour d'hospitalisation.

##### 2.1.3. Transport des animaux de compagnie

Vous êtes hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- nous organisons et prenons en charge le transport des animaux de compagnie (chiens ou chats) chez un proche en France dans un rayon de 50 km de votre domicile,

ou

- nous organisons et prenons en charge le transport desdits animaux dans un établissement de garde proche de votre domicile. Nous prenons également en charge les frais de garde à concurrence de 225 € T.T.C.

Cette garantie est soumise au respect des conditions de transport, d'accueil et d'hébergement définies par les prestataires et établissements de garde sollicités (notamment vaccinations à jour, versement éventuel d'une caution ...).

#### 2.2. En cas d'hospitalisation prévue ou imprévue du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> assuré supérieure à 7 jours, consécutive à une maladie ou à un accident

##### 2.2.1. Présence d'un proche

Vous êtes hospitalisé plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- nous organisons et prenons en charge le voyage aller/retour, par train en 1<sup>ère</sup> classe ou par avion de ligne en classe économique, d'une personne de votre choix résidant en France jusqu'à votre chevet,

- nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne à concurrence de 50 E.T.T.C. par nuit et pour 2 nuits maximum (chambre et petit déjeuner exclusivement).

### 3. INFORMATIONS

#### 3.1. Information santé / puériculture

Sur simple appel téléphonique de 9h00 à 19h30, sauf les dimanches et les jours fériés, nous recherchons des informations à caractère documentaire dans les domaines suivants : informations générales santé, alimentation - diététique - hygiène, équipement pour l'enfant. Il s'agit d'une liste non exhaustive des différents thèmes pouvant être abordés dans notre Service Informations. Dans tous les cas, les informations que nous recherchons et vous communiquons constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66-1 de la Loi modifiée du 31 décembre 1971. Selon les cas, nous vous orienterons vers les organismes ou les professionnels susceptibles de vous répondre. Dans le cas où des recherches approfondies sont nécessaires et si nous ne pouvons vous donner immédiatement la réponse, nous vous rappelons dans les meilleurs délais.

### 4. EXCLUSIONS

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

- les frais engagés sans notre accord ou non expressément prévus par la Convention,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- le dommage résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit intentionnel ou à une rixe sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- les dommages provenant de la guerre civile ou étrangère,
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de la radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- les dommages résultant des expérimentations biomédicales,
- les maladies intervenues dans les 3 mois suivant la date d'effet ou une grossesse dont le début se situe avant la date d'effet du contrat,
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité du contrat,
- les conséquences des incidents survenus au cours de la pratique d'un sport professionnel, d'un sport aérien, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, de l'alpinisme,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais), lorsque l'assuré y participe en tant que concurrent,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part de l'assuré ou les conséquences d'actes dolosifs ou de tentative de suicide,
- les interventions à caractère esthétique,

- les frais de cure thermique,
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- les frais de séjours dans une maison de repos, de thalassothérapie,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les dommages survenus à l'assuré se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les dommages survenus pendant une période de suspension de garantie.

### 5. CAS D'EXONERATION DE RESPONSABILITE ET CAS DE FORCE MAJEURE

Le fait de grève ne constitue pas une raison de déclenchement de nos services et ne peut donner lieu à aucun remboursement. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à 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, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations en cas de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires au transport de l'assuré à l'intérieur ou hors du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution résultant des mêmes causes.

### 6. SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances, EUROP ASSISTANCE FRANCE est subrogé à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention. Dans le cas où il s'avérerait a posteriori que nous aurions été amenés à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas assuré, les frais engagés vous seraient facturés, de même si vous aviez volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander notre intervention, alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à notre intervention.

### 7. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des Assurances, toute action dérivant de la présente convention est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

### 8. AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles : 54 rue de Châteaudun - 75009 PARIS.

Le souscripteur est informé qu'à sa demande, la liste des compagnies d'assurance avec lesquelles travaille le courtier d'assurance peut lui être communiquée.

FINAREF ASSURANCES- S.A.S. au capital de 264 586 EUR - Société de courtage d'assurances  
Siège social : 6, rue Emile Moreau – 59100 Roubaix – 322 150 269 RCS ROUBAIX-TOURCOING  
Garantie Financière et Assurance Responsabilité Civile Professionnelle conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances.

FINAREF RISQUES DIVERS - Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 2 400 000 EUR entièrement versé  
329 664 247 RCS ROUBAIX-TOURCOING - Siège social : 110, rue de Blanchemaille - 59100 Roubaix

EUROP ASSISTANCE FRANCE - S.A. au capital de 14 760 000 EUR - 403 174 903 RCS NANTERRE  
Siège social : 1, promenade de la bonnette - 92230 Gennevilliers