

family hospitalisation

NOTICE D'INFORMATION



**SPB Family Courtage
Family Hospitalisation**

71, quai Colbert - 76600 Le
Havre

Tél : 05 24 99 08 09

Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire).

E-mail : serviceclient@spbfamily.eu

Retrouvez l'ensemble de nos produits d'assurance et nos conseils sur : www.spbfamily.eu

Family Hospitalisation est composé de garanties d'assurance et de prestations d'assistance via :

- le Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°F0001 (ci-après désigné "Contrat d'assurance") souscrit par l'**Association Souscription Avenir Family** (ci-après dénommée "Souscripteur"), auprès de **Prévoir Risques divers** (ci-après dénommée "Assureur") par l'intermédiaire de **SPB Family Courtage** (ci-après dénommée "Courtier") et distribué par **SPB Family Courtage** et/ou ses mandataires.
- et
- le Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°9458 (ci-après désignée "Contrat d'assistance") souscrit par l'**Association Souscription Avenir Family** (ci-après dénommée "Souscripteur"), auprès de **MUTUAIDE ASSISTANCE** (ci-après dénommée "Assisteur") par l'intermédiaire de **SPB Family Courtage** (ci-après dénommée "Courtier") et distribué par **SPB Family Courtage** et/ou ses mandataires.

Le contrat « Family Hospitalisation » est commercialisé par **SPB Family Courtage**.

Association Souscription Avenir Family : Association à but non lucratif régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 71, quai Colbert - 76600 Le Havre .

MUTUAIDE ASSISTANCE : Société anonyme au capital de 12 558 240€ dont le siège social est situé 126, rue de la Piazza – CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX, entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 383 974 086 RCS Bobigny – TVA FR 31 383 974 086.

PREVOIR Risques Divers : Société Anonyme au capital de 9 000 000 d'euros ayant son siège social 19 rue d'Aumale 75009 Paris, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 572 084 051.

SPB Family Courtage : SAS de courtage d'assurance au capital de 50 000 euros dont le siège social est situé 71, quai Colbert - 76600 Le Havre - www.spbfamily.eu, immatriculée au RCS du Havre sous le n°821 784 840 et à l'ORIAS sous le n°16004724 (www.orias.fr).

SPB Family : SAS au capital de 50.000 Euros, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés du Havre sous le n°821 784 840 , dont le siège social est situé 71, quai Colbert - 76600 Le Havre.

MUTUAIDE ASSISTANCE, PRÉVOIR Risques Divers, SPB Family Courtage sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.

Les dispositions prévues par Family Hospitalisation sont détaillées ci-après en distinguant :

- les dispositions communes à la fois aux garanties d'assurance et aux prestations d'assistance,
- les dispositions spécifiques aux garanties d'assurance,
- les dispositions spécifiques aux prestations d'assistance.

I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE ET D'ASSISTANCE

I – 1. DÉFINITIONS

- **Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime et provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. 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.
- **Adhérent** : La personne physique, membre adhérent du Souscripteur résidant en France métropolitaine, ayant demandé à adhérer à Family Hospitalisation entre son 18^{ème} et son 65^{ème} anniversaire.

I – 2. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, l'Assisteur, SPB Family Courtage (et leurs mandataires) et l'Adhérent et/ou l'Assuré et/ou le Bénéficiaire sont régies par le droit français. L'Assureur et l'Assisteur utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

I – 3. COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre de la présente adhésion est celui figurant sur le Certificat d'adhésion à Family Hospitalisation. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion et reste fixe pour toute la durée de l'adhésion, sauf cas de révision décrits ci-après. La cotisation est payable d'avance, par prélèvement mensuel automatique effectué par SPB Family Courtage sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Adhérent.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur et/ou l'Assisteur, en accord avec le Souscripteur, en fonction des résultats du Contrat d'assurance et/ou du Contrat d'assistance et prendra effet à l'échéance annuelle de chaque adhésion.

Toute modification sera notifiée à l'Adhérent par SPB Family Courtage, au nom et pour le compte du Souscripteur, au moins 3 (trois) mois avant sa prise d'effet.

Si l'Adhérent n'accepte pas cette modification, il peut résilier son adhésion par lettre recommandée, dans les 30 (trente) jours suivant la date à laquelle il en a eu connaissance. La résiliation est effective à la prochaine échéance annuelle de l'adhésion.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 (dix) jours de son échéance, SPB Family Courtage adresse, au nom et pour le compte du Souscripteur, à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, par laquelle il l'informe que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion à Family Hospitalisation. La résiliation de l'adhésion et la cessation des garanties interviendront de plein droit 40 (quarante) jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation n'ait été prélevée dans l'intervalle.

I – 4. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

- **Prise d'effet de l'adhésion**

L'adhésion à Family Hospitalisation s'effectue le jour de la présentation de Family Hospitalisation par téléphone, en cas d'accord de l'Adhérent donné à cette occasion.

SPB Family Courtage envoie alors à l'Adhérent la Fiche d'Information et de Conseil, la Notice d'Information et le Certificat d'adhésion.

- **Prise d'effet des garanties et des prestations**

Les garanties et les prestations prennent effet à la date de l'adhésion.

- **Renonciation**

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de réception de son Certificat d'adhésion (en application de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée, envoyée à SPB Family Courtage (Family Hospitalisation –71 quai Colbert - 76600 Le Havre). Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après :

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 à Family Hospitalisation du (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées. A Le Signature".

- **En cas de renonciation, l'Assureur et l'Assisteur remboursent à l'Adhérent l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.**
- **Pendant le délai de renonciation, si l'Adhérent déclare un sinistre dans les conditions prévues à l'article II-5 de la présente Notice, celui-ci ne pourra plus exercer son droit de renonciation, cette déclaration constituant l'accord de l'Adhérent pour un commencement d'exécution de l'adhésion.**

- **Durée de l'adhésion**

L'adhésion à Family Hospitalisation dure un an et se renouvelle 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 à SPB Family Courtage (Family Hospitalisation –71 quai Colbert - 76600 Le Havre), tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. À défaut d'information, les communications de SPB Family Courtage, de l'Assureur, de l'Assisteur ou du Souscripteur seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu d'eux.

I – 5. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION À FAMILY HOSPITALISATION

L'adhésion à Family Hospitalisation peut être résiliée dans les cas suivants.

- **Par le Souscripteur :**

- si l'Adhérent ne paie pas la cotisation due au titre de son adhésion (dans les conditions de l'article L. 113-3 du Code des assurances)
- si l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association.

- **Par l'Assureur ou l'Assisteur : (en motivant leur décision)**

- à la date anniversaire de l'adhésion, moyennant un préavis de deux mois.

- **Par l'Adhérent :**

- lors de chaque renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins 2 (deux) mois avant la date anniversaire de l'adhésion,

- **De plein droit :**

- à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation du Contrat d'assurance par le Souscripteur ou l'Assureur, celle-ci entraînant la résiliation consécutive du Contrat d'assistance. L'Adhérent devant en être informé au moins 3 (trois) mois avant le terme de l'adhésion ;
- le jour du décès de l'Adhérent ;
- le jour où l'Adhérent atteint l'âge de 75 ans ;
- la résiliation de l'adhésion à Family Hospitalisation est également possible dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

En cas de résiliation du Contrat d'assistance par le Souscripteur ou l'Assisteur, le Contrat d'assurance continuera de produire ses effets.

Conformément à l'article L113-14 du code des assurances, dans tous les cas, la résiliation devra être notifiée :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification.

I – 6. DISPOSITIONS DIVERSES

- **Prescription**

Toute action découlant du présent contrat est prescrite par 2 (deux) ans. Ce délai commence à courir à compter du jour de l'évènement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances reproduits ci-dessous.

- Article L. 114-1

« 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 personne distincte du souscripteur et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

- Article L. 114-2

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription citées aux articles 2240 à 2246 du Code civil et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Au sens de l'article L. 114-2 ci-dessus, les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il se prescrivait (article 2240 du Code Civil);
- la demande en Justice (articles 2241 à 2243 du Code Civil) ;
- un acte d'exécution forcée (articles 2244 à 2246 du Code Civil).

- Article L. 114-3

« Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

• **Traitement et protection des données personnelles**

L'Adhérent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé de ses données personnelles recueillies auprès de lui par l'Assureur et SPB Family Courtage (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 légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion du Contrat et qu'en conséquence, ces informations pourront être conservées jusqu'au terme de la prescription des actions juridiques pouvant découler du Contrat.

Ces informations sont destinées exclusivement à l'Assureur et à SPB Family Courtage (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 administratives et judiciaires concernées.

L'Adhérent dispose d'un droit d'accès, d'opposition pour motif légitime, de rectification et de portabilité sur les données personnelles le concernant figurant dans les fichiers de l'Assureur ou de SPB Family Courtage. Il dispose également d'un droit de suppression sur les données personnelles le concernant qui sont inexacts, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Ces droits s'exercent selon les modalités définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, en contactant SPB Family Courtage, par tout moyen permettant de justifier de son identité, tel qu'un écrit accompagné d'un justificatif d'identité daté et signé, par courrier :

SPB Family Courtage
71 quai Colbert - 76600 Le Havre ou par mail : dpo@spbfamily.eu

L'Adhérent peut également transmettre (et modifier à tout moment) des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données à caractère personnel après son décès et le cas échéant désigner une personne afin de les mettre en œuvre. En l'absence de directives et/ou de désignation, les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles s'appliqueront.

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 SPB Family Courtage 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 les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, notamment le Règlement Général européen sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) et le cas échéant des autorisations obtenues auprès de la CNIL, aux filiales et sous-traitants de SPB Family Courtage situés hors Union Européenne.

• **Convention sur la preuve**

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

L'Adhérent convient que les données électroniques et les enregistrements vocaux (et leur transcription écrite) conservés par SPB Family Courtage (et leurs mandataires) seront admis comme preuve des opérations effectuées au titre de l'adhésion à Family Hospitalisation.

• **Fond de garantie**

Il existe un fond de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n°99-532 du 25 juillet 1999.

• **Litiges**

En cas de différend avec l'Assureur ou l'Assistéur ou SPB Family Courtage dans le cadre du Contrat d'assurance et/ou du Contrat d'assistance, l'Adhérent peut, selon son choix, décider de recourir devant l'instance de son choix, à une procédure de médiation conventionnelle ou à toute autre procédure amiable ou judiciaire.

II. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES D'ASSURANCE

II – 1. DÉFINITIONS

- **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 considérés comme tiers les membres d'une même famille. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'Adhérent ou de son représentant d'un dépôt de plainte, au plus tard dans les 15 (quinze) jours qui suivent l'événement, auprès d'une autorité de justice.
- **Assuré** : l'Adhérent et le cas échéant, dans les mêmes conditions d'âge, son Conjoint. La garantie peut être étendue à leurs enfants.
- **Conjoint** : est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin au sens du code civil.
- **Enfant** : il s'agit des enfants, âgés de plus d'1 an et de moins de 18 ans, fiscalement à charge de l'Adhérent ou de son conjoint.
- **Hospitalisation** : tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins

48 (quarante-huit) heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident garanti (Cf. Le point II-3 - Exclusions de garantie). 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 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.

II – 2. OBJET, EFFET ET DURÉE DE LA GARANTIE - MONTANT DE L'INDEMNITÉ GARANTIE

- **Objet, durée et montant de l'indemnité garantie**

En cas d'Hospitalisation de l'Assuré, Family Hospitalisation prévoit le versement à l'Adhérent de l'indemnité journalière figurant sur son Certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation. Cette indemnité est versée pendant la durée de l'hospitalisation, pour chaque période de 24 heures passée en établissement hospitalier, déduction faite d'une franchise absolue de 24 heures. L'indemnité est versée au maximum pendant 730 jours consécutifs ou non par Assuré, quelle que soit la cause de l'Hospitalisation.

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 2 (deux) jours supplémentaires d'hospitalisation.

Plusieurs Hospitalisations successives de l'Assuré pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement assuré (la franchise n'est alors pas appliquée à partir de la 2^{ème} hospitalisation et la durée maximale de versement des prestations tient compte de la période d'hospitalisation déjà indemnisée), sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de 3 (trois) mois.

Les enfants peuvent bénéficier de la garantie. Le montant de l'indemnité journalière s'appliquant aux enfants est précisé sur le Certificat d'adhésion. Il est identique pour tous les enfants assurés au titre d'une même adhésion.

- **Effet de la garantie**

La garantie du Contrat ne comporte pas de délai d'attente et débute dès la date d'effet de l'adhésion, sauf si l'Adhérent exerce son droit de renonciation (défini à l'article I-4 de la présente Notice d'information). Les Hospitalisations liées à une Maladie ou à un Accident survenues antérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ne pourront être prises en charge que si celles-ci interviennent après 18 (dix-huit) mois complets d'assurance (comptabilisés à partir de la date d'effet de l'adhésion). Les Hospitalisations dues aux maternités et/ou grossesses ne pourront être prises en charge que si elles interviennent après 12 (douze) mois complets d'assurance (comptabilisés à partir de la date d'effet de l'adhésion).

- **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 75^{ème} anniversaire. La garantie, à l'égard des Enfants de l'Assuré, cesse au plus tard à leur 18^{ème} anniversaire.

II – 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'HEBERGEMENT, DE PLEIN AIR, DE CONVALESCENCE, DE RETRAITE, LES ÉTABLISSEMENTS THERMAUX ET CLIMATIQUES, HOSPICES, SERVICES CLINIQUES OU HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, INSTITUTS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES, SERVICES DE GÉRONTOLOGIE, LES ÉTABLISSEMENTS DE CURE,
- DUES À L'ÉTAT DES PERSONNES QUI N'ONT PLUS LEUR AUTONOMIE DE VIE D'UNE MANIÈRE IRRÉVERSIBLE ET QUI NÉCESSITENT UNE SURVEILLANCE CONSTANTE ET/OU DES TRAITEMENTS D'ENTRETIEN, DE RÉADAPTATION ET RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE,
- DUES À DES TRAITEMENTS A BUT ESTHÉTIQUE, OU DE CHIRURGIE PLASTIQUE, DE RAJEUNISSEMENT, D'AMAIGRISSEMENT,
- DUES À UNE MALADIE PSYCHIQUE, UN BILAN DE SANTÉ (CHECK-UP),
- DUES À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE,
- DUES À UNE FAUTE INTENTIONNELLE DE L'ASSURÉ,
- DUES À UNE TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURÉ,
- DUES À L'USAGE DE STUPÉFIANTS OU DROGUES, NON PRESCRITS MÉDICALEMENT,
- DUES À UN ÉTAT DE DEMENCE, À UN ÉTAT ALCOOLIQUE CARACTÉRISÉ PAR LA PRESENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR SUPÉRIEUR OU ÉGAL À CELUI PRÉVU PAR LA LEGISLATION EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE,
- DUES À LA PRATIQUE DE SPORT EN QUALITÉ DE PROFESSIONNEL,
- DUES À LA PRATIQUE DE SPORTS À RISQUE : ALPINISME, NAVIGATION MARITIME DE PLAISANCE, PLONGÉE, SPÉLÉOLOGIE, BOXE, SKI HORS-PISTE, HIPPIQUE EN COMPÉTITION, TOUT SPORT NÉCESSITANT UN ENGIN À MOTEUR, SPORT AÉRIEN,
- DUES À UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE,
- DUES AUX EFFETS DE L'ÉNERGIE NUCLÉAIRE,
- À DOMICILE,
- NON LIÉES À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT.

II – 4. TERRITORIALITÉ DES GARANTIES D'ASSURANCE

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 (trois) mois consécutifs.

II – 5. SINISTRE

- **Déclaration de sinistre**

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré doit déclarer, sous peine de déchéance du droit aux prestations, l'Hospitalisation dans un délai maximum de 30 (trente) jours calendaires révolus à compter de la date de sortie de l'hôpital à :

SPB Family Courtage Family Hospitalisation

71 quai Colbert - 76600 Le Havre

Tél : 05 24 99 09 (Coût d'un appel local depuis un poste fixe)

du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire).

LA DÉCHÉANCE POUR DÉCLARATION TARDIVE NE POURRA ÊTRE OPPOSÉE À L'ADHÉRENT QUE SI L'ASSUREUR ÉTABLIT QUE LE RETARD DANS LA DÉCLARATION LUI A CAUSÉ UN PRÉJUDICE. (ARTICLE L. 113-2 DU CODE DES ASSURANCES).

- **Documents à fournir**

L'Adhérent, ou toute personne agissant en son nom et pour son compte, devra adresser un ou plusieurs des documents et pièces justificatives suivants (la liste des pièces utiles sera fournie par SPB Family Courtage) :

- un rapport médical (modèle fourni par SPB Family Courtage) ;
- les bulletins de séjour hospitalier précisant les dates et heures d'entrée et de sortie de l'hôpital ;
- la copie du(des) compte(s) rendu(s) hospitalier(s) ;
- les éléments relatant les circonstances de l'accident, tels que coupure de presse ou bien attestation sur l'honneur nous indiquant les circonstances de l'accident ;
- en cas d'accident du travail, la copie de la déclaration d'accident du travail faite auprès de la Sécurité Sociale ;
- dans le cas où un procès-verbal a été établi, la copie de ce document, à défaut le n° du PV et le lieu où il a été transmis, à défaut le résultat des examens toxicologiques
- en cas d'agression : la copie du dépôt de plainte effectué auprès des autorités compétentes.

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. En cas de désaccord, il sera proposé l'arbitrage d'un médecin expert auprès de la cour d'appel du domicile de l'Assuré.

- **Le contrôle médical**

L'Assuré doit apporter 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, par lettre recommandée à l'Assureur, l'accès à son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé, sauf opposition justifiée.

A défaut de pouvoir 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 représenter 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 ne l'a pas contesté dans les 30 (trente) jours de sa communication, 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 au médecin conseil de l'Assureur une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute pour 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.

- **FAUSSES DÉCLARATIONS :**

TOUTE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE, OMISSION OU INÉXACTITUDE DANS LA DÉCLARATION DES CIRCONSTANCES DU RISQUE, ENTRAÎNE L'APPLICATION, SELON LE CAS, DES SANCTIONS PRÉVUES AU CODE DES ASSURANCES, C'EST-À-DIRE LA NULLITÉ DU CONTRAT, LA RÉILIATION DU CONTRAT OU LA RÉDUCTION DES PRESTATIONS (ARTICLES L. 113-8, L. 113-9 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.

- **Paiement des indemnités garanties**

Le paiement des indemnités garanties sera effectué **dans les 15 (quinze) jours** suivant la réception de toutes les pièces justificatives (y compris le rapport d'expertise s'il y a lieu) et l'accord des parties. Le règlement sera établi au nom de l'Assuré ou son représentant légal. En cas d'Hospitalisation de plus de 30 (trente) jours, l'allocation sera versée chaque fin de mois, sous réserve de réception des justificatifs demandés.

II – 6. DISPOSITIONS DIVERSES

- **Réclamation – médiation**

En cas de difficulté relative à l'assurance ou à la prestation dont il bénéficie, l'Assuré ou son représentant légal peut adresser sa réclamation au Département Réclamations de SPB Family Courtage, qu'il est possible de saisir selon les modalités suivantes :

- adresse postale : SPB Family Courtage Département Réclamations – 71 quai Colbert - 76600 Le Havre
- formulaire de réclamation en ligne sur le site www.spbfamily.eu
- adresse mail : reclamations@spbfamily.eu

Le Département Réclamations de SPB Family Courtage s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 (dix) jours ouvrables suivant sa date d'envoi (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 (deux) mois suivant sa date d'envoi.

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Département Réclamations de SPB Family Courtage, l'Assuré ou son représentant légal peut alors s'adresser à l'Assureur (Prévoir Risques Divers – 19 rue d'Aumale – 75009 Paris).

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par l'Assureur, l'Assuré ou son représentant légal peut alors s'adresser au médiateur suivant :

Médiateur de la Fédération Française de l'Assurance

BP 290 75425 Paris Cedex 09

Téléphone : 01 45 23 40 71

Télécopie : 01 45 23 27 15

Adresse mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

Ce dispositif de médiation est défini par une charte de la médiation consultable sur le site de SPB Family Courtage (www.spbfamily.eu) ou celui de la France Assureurs (<https://www.franceassureurs.fr>).

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

III - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX PRESTATIONS D'ASSISTANCE

III – 1. DÉFINITIONS

- **Animaux domestiques** : chiens et chats.
- **Bénéficiaires des Garanties d'assistance** : tout adhérent à Family Hospitalisation, domicilié en France métropolitaine ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants de moins de 16 ans et enfants handicapés sans limite d'âge.
- **Centre de convalescence** : structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.
- **Domicile** : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France métropolitaine.
- **Hospitalisation programmée** : tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé de plus de 2 (deux) jours.
- **Hospitalisation imprévue** : hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 (sept) jours qui la précèdent.
- **Listes des pathologies lourdes** : accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- **Maladie** : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maladie chronique** : maladie répondant à la définition retenue par le Haut Conseil de la Santé Publique.

III – 2. OBJET

Les prestations ci-après décrites s'appliquent, dans les conditions spécifiées à chaque article, en cas :

- d'Accident ou de Maladie soudaine et imprévisible entraînant une Hospitalisation programmée ou imprévue.
- de Séjour prolongé à la maternité.

III – 3. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

MUTUAIDE ASSISTANCE intervient 24h/24, 7j/7 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

01.48.82.63.61 (non surtaxé) OU +33.1.48.82.63.61 depuis l'étranger

Ces prestations n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

- **Délai de demande d'assistance**

MUTUAIDE ASSISTANCE apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 10 (dix) jours calendaires qui suivent l'évènement (Hospitalisation imprévue ou programmée).

Passé ce délai, aucune prestation ne sera accordée.

Exception :

Pour la prestation aide-ménagère, le délai de demande d'assistance est de 5 (cinq) jours à compter du premier jour de l'évènement (Hospitalisation imprévue ou programmée).

Passé ce délai, un décompte sera effectué sur les plafonds accordés et les garanties seront mises en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement (Hospitalisation imprévue ou programmée).

Illustration pour la prestation aide-ménagère plafonnée à 10 (dix) jours : en cas d'appel le 5^{ème} jour, la garantie est alors plafonnée à 5 (cinq) jours.

- **Application des prestations**

L'application de ces prestations est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, MUTUAIDE ASSISTANCE se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

L'urgence, qui justifie l'intervention de MUTUAIDE ASSISTANCE, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire.

Les prestations d'assistance sont mises en œuvre par MUTUAIDE ASSISTANCE ou en accord préalable avec elle.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, MUTUAIDE ASSISTANCE pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

- **Pièces justificatives**

MUTUAIDE ASSISTANCE se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des prestations (certificat médical, bulletin d'hospitalisation).

De la même façon, MUTUAIDE ASSISTANCE pourra demander l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas Bénéficiaire de tels accords.

- **Durée des prestations**

Les prestations d'assistance s'appliquent durant la période de validité de l'adhésion.

Elles cessent de plein droit dans les cas de résiliation de l'adhésion prévus à l'article I-5 « Résiliation de l'adhésion à Family Hospitalisation » de la présente Notice d'Information. Toute hospitalisation survenue ultérieurement à la résiliation ne pourrait par conséquent pas faire l'objet de prestations d'assistance. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par MUTUAIDE ASSISTANCE.

III – 4. TERRITORIALITÉ DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations sont acquises en cas d'Hospitalisation survenue en France Métropolitaine.

III – 5. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION

- **Aide-ménagère**

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours, programmée de plus de 4 (quatre) jours de l'adhérent, de son conjoint ou ses enfants, MUTUAIDE ASSISTANCE, organise et prend en charge la venue d'une aide-ménagère sur une période maximale de 10 (dix) jours.

Celle-ci a notamment pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle est mise à disposition selon les disponibilités locales, dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile ou au retour au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par MUTUAIDE ASSISTANCE selon la situation et ne pourra excéder 10 (dix) heures à raison de 2 (deux) heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 (dix) jours.

- **Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire**

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours ou programmée de plus de 4 (quatre) de l'adhérent, de son conjoint ou ses enfants, MUTUAIDE ASSISTANCE, organise et prend en charge la présence d'un proche au chevet du patient Bénéficiaire.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller – retour d'un proche.

MUTUAIDE ASSISTANCE organise également et prend en charge son hébergement pour 2 (deux) nuits, petits déjeuners inclus, **à concurrence de 50 (cinquante) euros par nuit.**

- **Service de proximité**

En cas d'Hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours ou programmée de plus de 4 (quatre) de l'adhérent ou de son conjoint, MUTUAIDE ASSISTANCE, organise et prend en charge les prestations suivantes sur une période maximale de 10 (dix) jours :

- **Livraison de médicaments**

Lorsque ni l'Adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, MUTUAIDE ASSISTANCE se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'Adhérent.

- **Portage de repas**

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint n'est pas en mesure de préparer lui-même ses repas ou de les faire préparer par son entourage, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge une livraison d'un pack de 5 (cinq) à 7 (sept) jours de repas* répartie sur 10 (dix) jours.

La solution de portage de repas permet au Bénéficiaire, lors de sa commande, de trouver une écoute pour l'aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il lui sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'Adhérent.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie.*

- **Portage d'espèces**

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint, ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge :

- un transport aller/retour du Bénéficiaire dans un établissement bancaire ;
- ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 (cent cinquante) euros. La somme avancée devra être remboursée à MUTUAIDE ASSISTANCE dans un délai d'un mois.

- **Livraison de courses**

Lorsque ni l'Adhérent ou son conjoint, ni l'un de leurs proches n'est en mesure de faire les courses, MUTUAIDE ASSISTANCE prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine sur 10 (dix) jours. Les frais de livraison seront remboursés à l'Adhérent sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'Adhérent.

- **Coiffure à domicile**

Lorsque l'Adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure, MUTUAIDE ASSISTANCE organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'Adhérent.

III – 6. PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

- **Aide-ménagère en cas de séjour prolongé en maternité**

En cas de séjour de plus de 5 (cinq) jours en maternité de l'Adhérent ou de son conjoint, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge une aide-ménagère pour venir en aide aux proches demeurant au domicile.

Le nombre d'heures attribuées est évalué par MUTUAIDE ASSISTANCE selon la situation et ne pourra excéder 10 (dix) heures à raison de 2 (deux) heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 10 (dix) jours.

- **Transfert et garde d'animaux domestiques**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours, programmée de plus de 4 (quatre) jours de l'Adhérent ou de son conjoint, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux domestiques vivant au domicile, dans la limite de 30 (trente) jours.

Cette prestation s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

- **Fermeture du domicile quitté en urgence**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours de l'Adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 (deux) heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette prestation comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son conjoint et par la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

MUTUAIDE ASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite de **100 (cent) euros**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

- **Préparation du retour au domicile**

En cas d'hospitalisation supérieure à 14 (quatorze) jours de l'adhérent ou de son conjoint et en l'absence d'un proche présent localement, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 (quatre) heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette prestation comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques ;
- la mise en température du chauffage du logement ;
- le ménage ;
- les courses, le coût des courses demeurant à la charge de l'Adhérent.

La prestation est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'Adhérent ou de son conjoint par la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. MUTUAIDE ASSISTANCE intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, dans la limite de **100 (cent) euros**, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du Bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48 heures avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

- **Transfert post-hospitalisation chez un proche**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 (deux) jours ou programmée de plus de 4 (quatre) jours de l'Adhérent ou de son conjoint, MUTUAIDE ASSISTANCE organise et prend en charge, en France métropolitaine, le transport non médicalisé de l'Adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 (cinq) jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{ère} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 (deux cents) euros par trajet aller/retour.

III – 7. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES PRESTATIONS

- **Infraction**

MUTUAIDE ASSISTANCE ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

- **Force majeure**

MUTUAIDE ASSISTANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

- **Exclusions**

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement, à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

III – 8. DISPOSITIONS DIVERSES

- **Subrogation**

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par MUTUAIDE ASSISTANCE ; c'est-à-dire que MUTUAIDE ASSISTANCE effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable, si elle l'estime opportun.

- **Réclamation et médiation**

Une réclamation est l'expression orale ou écrite d'un mécontentement envers un professionnel. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Pour toute réclamation sur vos garanties d'assistance, vous pouvez vous adresser à MUTUAIDE en appelant le 01.48.82.63.61.

S'il n'est pas donné satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à nous écrire, soit par e-mail à : qualite.assistance@mutuaide.fr ou par courrier à :

MUTUAIDE

SERVICE QUALITE CLIENTS

126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX

En cas de réclamation écrite, nous accusons réception de celle-ci dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à partir de sa date d'envoi.

Notre réponse doit vous être apportée par écrit deux mois au plus tard à compter de l'envoi de cette réclamation.

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

SPB Family Courtage Family Hospitalisation
71 quai Colbert
76600 Le Havre

Tél : 05 24 99 08 09

Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire).

E-mail : serviceclient@spbfamily.eu