

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

■ **Protego Plus** - EQC1009A_DG_01/2017

Le présent contrat se compose des documents suivants :

- **les présentes Dispositions Générales**, régissant le fonctionnement du contrat, le contenu des garanties, ainsi que les exclusions.

Elles donnent également la définition des termes d'assurance utilisés ; ces définitions ont un caractère contractuel.

- **les Dispositions Particulières** qui reprennent l'ensemble de vos données personnelles et les garanties souscrites.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le fait pour l'assuré de se prévaloir du présent contrat, notamment en effectuant des déclarations relatives au risque assuré, en déclarant un sinistre ou en fournissant à une autre personne les références du contrat pour justifier d'une assurance, vaut acceptation irrévocable de l'ensemble des stipulations de celui-ci qui constituent un tout indivisible.

Il est souscrit auprès de la compagnie d'assurance L'ÉQUITÉ - Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 26 469 320 € - RCS PARIS B 572 084 697 - 2, rue Pillet-Will - 75009 PARIS - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026, dénommée ci-après, l'Assureur.

Le présent contrat est régi par la loi française et plus particulièrement par le Code des Assurances français.

L'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde les garanties prévues par le présent contrat, est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

1. DÉFINITION

ACCIDENT :

Toute lésion corporelle de l'Assuré résultant de l'action, réaction ou résistance d'un évènement soudain, imprévisible, et extérieur à l'assuré ou s'il n'est pas extérieur qui est involontaire.

Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents biologiques ou non, les hernies, les lumbagos, les sciatiques et les chocs émotionnels.

ASSURÉ(S) :

Les personnes physiques désignées comme telles aux Dispositions Particulières c'est-à-dire :

- Le souscripteur, assuré à titre principal,
- Les ayants droit du souscripteur.

AYANT DROIT :

Au titre du présent contrat, les ayants droit du souscripteur sont :

- son Conjoint,
- leurs enfants, célibataires, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans ou âgés de 18 à 26 ans s'ils poursuivent des études supérieures et sont fiscalement à charge de l'assuré.

CONJOINT :

Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps, son cosignataire d'un PACS, ou son concubin notoire.

MALADIE :

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Les hernies, les lumbagos, les sciatiques, et les chocs émotionnels, et les grossesses à caractères pathologiques sont considérés comme des maladies.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier (Hôpital ou clinique, public ou privé) en France et dans le monde entier dû à une Maladie ou un Accident garanti (Cf. paragraphe 4- Exclusions et conditions de la 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 le cas échéant, 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 ne sont pas couvertes.

SOUSCRIPTEUR :

La personne physique désignée comme telle aux Dispositions Particulières, âgée de 18 ans au moins et de 70 ans au plus et résidant en France métropolitaine.

2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat Protego Plus prévoit le versement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation de l'assuré consécutive à un accident ou à une maladie à l'exception toutefois des événements listés à l'article « 5-EXCLUSIONS DE GARANTIE » des présentes.

3. CONDITIONS ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

1. Personnes garanties :

Le souscripteur du contrat, personne physique, résidant en France métropolitaine et âgé à la souscription d'au moins 18 ans et d'au plus 70 ans révolus a la qualité d'assuré à titre principal.

Il a la possibilité d'ajouter au contrat ses éventuels ayants droit, parmi son conjoint et/ou ses enfants (cf. paragraphe 1 – DEFINITIONS).

2. La période de garantie :

La période de garantie débute au plus tôt lors de la prise d'effet du contrat.

Elle prend fin par l'intervention du premier des événements décrits au paragraphe 2. « Cessation de la garantie » de l'article 5- « Vie du contrat ».

3. Montant de la garantie :

Le montant de l'indemnité journalière forfaitaire choisi par le souscripteur est indiqué sur les Dispositions Particulières.

Si la formule couple ou la formule famille est souscrite, le montant des indemnités journalières souscrit par le conjoint est identique à celui du souscripteur.

Si la formule famille est souscrite, les enfants figurant aux Dispositions Particulières bénéficient de la garantie et le montant de l'indemnité journalière versé en cas d'hospitalisation est égal à 50 % du montant de l'indemnité journalière du souscripteur.

Le montant de l'indemnité journalière est doublé, pour le souscripteur et/ou son conjoint assuré, en cas d'accident lorsque le lieu d'hospitalisation est situé à plus de 300 kilomètres du domicile principal.

L'indemnité est également doublée si le souscripteur et son conjoint assuré sont hospitalisés simultanément, à la suite d'un même accident.

Le doublement des indemnités sera appliqué pendant toute la durée de l'hospitalisation simultanée.

Lorsque la formule famille est souscrite, les enfants ne bénéficient pas du doublement en cas d'accident.

Le doublement de capitaux en cas d'éloignement et celui prévu en cas d'hospitalisation simultanée ne se cumulent pas.

4. Durée de l'indemnisation :

En cas d'hospitalisation garantie, l'assuré percevra le montant de l'indemnité journalière indiquée aux Dispositions Particulières dans les conditions décrites ci-après.

L'indemnité est versée :

- A partir du 1^{er} jour d'hospitalisation **dans la limite d'une période maximum de 3 ans** (1 095 jours), lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident et sous réserve **que sa durée soit supérieure ou égale à 24 heures consécutives** ;
- A partir du 1^{er} jour en cas d'hospitalisation due à une maladie dans la limite **d'une période maximum de un an** (365 jours) sous réserve **que la durée de l'hospitalisation soit supérieure ou égale à 48 heures consécutives** ;

Plusieurs Hospitalisations successives de l'Assuré pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement 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 60 jours.

5. Territorialité et étendue de la garantie

Les garanties sont acquises en France métropolitaine, et dans le monde entier lors de séjours de moins de 3 mois.

En cas d'hospitalisation en dehors de l'Union Européenne, de la

Suisse, de la Norvège et de l'Islande, la prise en charge sera limitée à 30 jours par événement garanti.

Les sommes dues par la Compagnie seront payables en France métropolitaine et en Euros.

4. EXCLUSIONS ET CONDITIONS DE LA GARANTIE

1. Conditions de la garantie :

Pour mettre en œuvre la garantie, l'hospitalisation doit avoir lieu pendant la période de garantie et être la conséquence directe et immédiate d'un accident ou d'une maladie survenu ou constaté pendant la période de garantie.

2. Exclusions de la garantie :

Ne sont pas garanties les accidents, maladies ou blessures

- Survenus en dehors de la période de garantie ainsi que leurs suites et conséquences,

- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;

- dus à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule terrestre à moteur à deux ou trois roues d'une cylindrée égale ou supérieure à 400 cm³ ;

- Dus à l'usage par l'assurés de drogues, stupéfiants, ou tranquillisants non prescrits médicalement ;

- Causés par la tentative de suicide de l'Assuré ;

- Provoqués par la guerre étrangère

- Provoqués par la guerre civile, les émeutes, mouvements populaires, une rixe (sauf cas de légitime défense), la participation à une grève, ou à un lock-out ;

- Résultant de la manipulation volontaire, par l'Assuré, d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;

- Résultant de la désintégration du noyau atomique, des effets de l'énergie nucléaire ;

- Résultant de la pratique par l'Assuré d'un sport en qualité de professionnel ou d'amateur rémunéré ;

- Résultant de la pratique par l'Assuré de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, du parachutisme et de l'aéronautisme sous toutes ses formes ;

- résultant de la participation de l'assuré à des compétitions et/ou à leurs essais comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque, ou d'une embarcation à moteur.

En outre, la garantie ne couvre pas le risque de maternité.

Ne sont pas garanties les hospitalisations :

- à domicile ;

- dans les établissements, services, centres de moyen ou long séjour ou maisons médicales à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation ou rééducation (fonctionnelle ou motrice, des maladies cardio-vasculaires, des affections respiratoires, des affections hépato-digestives), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle ou pour des cures de toutes natures ;

- dans les établissements, services, maisons ou centres de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice de vieillards, instituts médico-pédagogiques, établissements et services de gérontologie ou de gériatrie et pour personnes âgées dépendantes ;

- dans les établissements, services ou centre thermaux, climatiques, diététiques, de thermalisme diététique, héliomarins, sanatoriums ou préventoriums, aériums, de lutte contre la tuberculose ;
- en services, centres ou établissements hospitaliers psychiatriques ;

- à un bilan de santé (check-up) ou à un traitement à but de rajeunissement ;

- dues aux affections de types psychiatriques : troubles mentaux, états dépressifs quelle qu'en soit l'origine ;

- dues aux opérations de chirurgie esthétique, de chirurgie plastique non consécutives à un accident garanti ;

- dues au délire alcoolique de l'assuré, un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la Législation en vigueur au jour du sinistre ;
- dues à une interruption volontaire de grossesse.

5. VIE DU CONTRAT

1. Prise d'effet de la garantie

Le contrat produit ses effets à la date indiquée aux Dispositions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif et de l'absence de renonciation au mode de paiement par mandat SEPA de la première cotisation, et au plus tôt le jour suivant la date de conclusion du contrat à zéro heure.

La durée du contrat est fixée à UN AN à compter de la date d'effet

figurant aux Dispositions Particulières.

À l'expiration de cette année d'assurance, votre contrat est reconduit automatiquement d'année en année, sauf résiliation par vous ou par nous dans les conditions fixées à l'article « 5-5-RESILIATION » des présentes.

2. Cessation de la garantie

Les garanties prennent fin en tout état de cause à la date de cessation du contrat quelle qu'en soit la cause.

Les garanties cessent par l'intervention du premier des éléments suivants :

- à la date de résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause,
- à l'échéance qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'assuré,
- au jour du décès du dernier adulte assuré,
- au jour de la perte de la qualité d'assuré.

3. Modification du contrat

> Modification des garanties

L'assuré peut à tout moment demander à modifier le montant de la garantie en adressant un courrier dans ce sens à l'assureur ou à son délégataire.

En cas d'augmentation du montant de l'indemnité souscrite, ce changement prendra effet à l'échéance anniversaire du contrat qui suivra la réception de la demande par nos services.

En cas de diminution de l'indemnité garantie, le changement prendra effet à l'échéance mensuelle suivante.

> Ajout ou retrait de bénéficiaires

Si en cours de vie du contrat, le souscripteur souhaite étendre la garantie à un de ses ayant droit, il fournira à l'assureur tous les renseignements nécessaires le concernant.

Cet ajout se matérialisera par un avenant au contrat et le nouveau bénéficiaire de la garantie se verra appliquer les délais d'attente franchises de garantie applicables à une souscription initiale.

Si une des personnes garanties par le contrat initial ne remplit plus les conditions requises (d'âge ou de résidence) pour bénéficier de la qualité d'assuré, la garantie cesse de plein droit.

Toutefois, l'assuré devra porter cet élément à la connaissance de l'assureur afin que le contrat soit aménagé en fonction des nouvelles conditions.

Si la formule famille est souscrite, le conjoint survivant prend la qualité d'Assuré principal en cas de décès du souscripteur.

Toute demande de modification du contrat sera adressée à

POP Santé

1050 Chemin des Exquerts - CS60039
84170 MONTEUX.

4. Informations à communiquer en cours de contrat :

L'Assuré devra communiquer en cours de contrat, par courrier à l'Assureur, ou à son délégataire de gestion, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications de l'Assureur seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux.

5. Résiliation

Ce contrat peut être résilié dans les conditions fixées ci-après :

1) Par l'Assuré :

- A l'échéance annuelle, par lettre recommandée, en respectant un délai de préavis de 2 mois avant la date d'échéance.

- En cas de survenance d'un des événements prévus à l'article L113-16 du Code des Assurances (changement de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle) lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Dans ce cas la demande de résiliation adressée dans les trois mois qui suivent l'événement prend effet un mois après la notification par lettre recommandée accompagnée des pièces justificatives.

- En cas d'augmentation de tarif pour des motifs techniques : Voir paragraphe 6- COTISATIONS.

- En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des assurances) ; la demande doit être faite dans le mois qui suit la date à laquelle vous en avez eu connaissance et elle prendra effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- En cas de résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R113-10 du Code des assurances) ; la demande doit être adressée dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat

résilié, et prendra effet 1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.

2) Par l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues (Voir paragraphe 6- COTISATIONS).
- En cas d'omission ou inexactitude de bonne foi dans la déclaration des risques (article L113-9 du Code des assurances) dès que l'assureur en a connaissance avec prise d'effet 10 jours après l'envoi de la lettre de résiliation par l'assureur.

3) De plein droit :

- En cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur défini aux articles L326-12 et R326-1 du Code des Assurances
- En cas de liquidation judiciaire de l'assureur (article L113-6 du Code des assurances).

6. COTISATIONS

1. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation due au titre du présent contrat est celui figurant sur les Dispositions Particulières. La cotisation annuelle individuelle, Couple ou Famille est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite, et de l'âge de(s) l'Assuré(s) au moment de la souscription. L'âge de chaque assuré est déterminé à la souscription en fonction de la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de son année de naissance.

Indépendamment des éventuelles évolutions tarifaires liées aux résultats techniques (Cf. paragraphe 4. Modification du montant de la cotisation », la cotisation globale se verra appliquer une augmentation contractuelle de 2% à chaque échéance annuelle.

2. Dates et modalités de paiement de la cotisation

La cotisation et ses accessoires sont à payer au plus tard dix jours après la date d'échéance indiquée aux Dispositions Particulières.

Le paiement de la cotisation est effectué d'avance au Siège social de l'assureur ou auprès de tout organisme auquel il aurait délégué l'encaissement.

Le paiement de la cotisation s'exécute annuellement par chèque, ou mensuellement par prélèvement SEPA.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexactes ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

3. Sanction du défaut de paiement

À défaut du paiement de votre cotisation dans ce délai, nous adresserons à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée de mise en demeure qui entrainera :

- la suspension des garanties de votre contrat si vous ne payez pas l'intégralité de la cotisation totale restant due à l'expiration d'un délai de 30 jours,
- la résiliation du contrat si le paiement de l'intégralité de la cotisation totale restant due n'est toujours pas intervenu dans les 10 jours suivants la suspension des garanties. (L113-3 du code des assurances).

4. Modification du montant de la cotisation

Il sera fait application conforme des dispositions réglementaires modifiant le taux ou l'assiette de la taxe sur les conventions d'assurance ou instaurant ou modifiant une charge parafiscale.

Si pour des raisons techniques, nous modifions le tarif applicable au présent contrat, la cotisation est calculée en fonction du nouveau tarif dès la première échéance annuelle qui suit cette modification.

Dans ce cas, vous pouvez résilier le contrat dans les conditions énoncées à l'article « 5. Résiliation » des présentes.

L'assureur aura alors droit à la portion de cotisation, calculée sur les bases de l'ancien tarif, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

7. SINISTRE

1. Déclaration de sinistre :

L'Assuré, ses ayants droit, ou toutes personnes agissant au titre du présent contrat doit déclarer à l'assureur les hospitalisations de nature à entraîner la mise en œuvre de la garantie dans un délai de trente(30) jours ouvrés suivant le moment où ils en ont eu connaissance.

Si ce délai n'est pas respecté, la garantie ne sera pas acquise, dès lors que l'assureur justifie que ce retard lui a causé un préjudice.

Pour déclarer le sinistre, l'assuré doit écrire à l'adresse suivante :

POP Santé
1050 Chemin des Exquerts - CS60039
84170 MONTEUX.

Nous vous enverrons par retour un formulaire de déclaration que vous

devrez nous retourner dûment complété et signé en y joignant les pièces justificatives suivantes ;

- La copie de vos Dispositions Particulières ;
- le compte-rendu d'hospitalisation ;
- le bulletin d'hospitalisation.

L'assureur se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

2. Contrôle et expertise médicale :

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit se soumettre à tous examens que l'assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Les médecins missionnés par l'assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Assuré pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Assuré doit toujours indiquer à l'assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'Assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire éléction de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

3. Paiement des indemnités garanties :

Notre règlement interviendra dès que possible et au plus tard dans les 15 jours qui suivent la date de l'accord de garantie. Pour toute hospitalisation supérieure à 30 jours, nous pourrions sur votre demande, vous verser des acomptes à la condition d'être en possession de toutes les pièces justificatives.

8. INFORMATION DE L'ASSURÉ

1. Prescription

Conformément aux articles L114-1, L114-2, et L114-3 du code des assurances :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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 L114-1)

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. (Article L114-2)

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» (Article L114-3)

Conformément à la «Section 3 : Des causes d'interruption de la prescription » du Code civil :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Article 2240)

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Article 2241)

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. (Article 2242)

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. (Article 2243)

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Article 2244)

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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. (Article 2245)

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.» (Article 2246)

2. Examen des réclamations et procédure de médiation

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

POP Santé
1050 Chemin des Exquerts - CS60039
84170 MONTEUX.

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

L'EQUITE
Cellule Qualité
2 rue Pillet Will
75433 PARIS CEDEX 9

Nous accuserons réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

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

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

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez, saisir le Médiateur de l'Assurance, en écrivant à

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

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi

qu'après que la Cellule Qualité ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

3. Droit d'accès aux informations enregistrées :

Les informations à caractère personnel recueillies par l'assureur ou son délégataire POP Santé sont nécessaires et ont pour but de satisfaire à votre demande, d'effectuer les actes d'adhésion et de gestion de la présente adhésion. Elles feront l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 telle que modifiée par la Loi du 6 Août 2004.

Conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'assureur ou son délégataire peuvent être amenés à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

L'adhérent peut également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de son identité, accéder aux informations le concernant, les faire rectifier, supprimer, s'opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales.

Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

POP Santé
1050 Chemin des Exquerts – CS60039
84170 MONTEUX

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par l'assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des payés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'adhérent à la prospection conformément aux exigences légales.

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

Dans ce cadre, l'adhérent peut exercer son droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 PARIS.

LISTE D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE :

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de l'organisme OPPOSETEL, à l'adresse suivante : Société Opposetel -Service Bloctel 6, rue Nicolas Siret - 10 000 Troyes. »

4. Renonciation à la souscription

En cas de démarchage à domicile :

Conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent

pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies, sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, à POP Santé - 1050 Chemin des Exquerts - CS60039 84170 MONTEUX.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

Nom, prénom _____
Adresse _____
N° du contrat _____
Mode de paiement choisi _____
 Madame, Monsieur, Conformément aux dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à ma souscription au contrat cité en référence conclue en date du _____.
Je souhaite donc qu'il soit annulé à réception de la présente lettre.
Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.
Fait le _____, à _____
 Signature du souscripteur

En cas de vente à distance

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

• Les modalités de conclusion du contrat :

Le contrat est conclu à la date de l'enregistrement numérique de votre accord de souscription.

Les garanties de votre contrat prennent effet à l'expiration du délai de renonciation de 14 jours.

Néanmoins, conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, votre contrat peut commencer à être exécuté immédiatement à compter de sa conclusion, dès lors que vous en avez fait la demande expresse et sous réserve de l'encaissement de votre cotisation.

• **Droit de renonciation (article L 112-2-1 II Code des assurances)**

Vous pouvez renoncer au présent contrat dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date d'émission du contrat (cette date est rappelée sur les Dispositions Particulières de votre contrat).

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

POP Santé
1050 Chemin des Exquerts - CS60039
84170 MONTEUX.

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

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

(Lettre recommandée avec AR)

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

Madame, Monsieur,
Conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer au contrat d'assurance cité en références que j'ai souscrit en date du _____.

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

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le _____, à _____

Signature du Souscripteur