

## Conditions Générales du Contrat Plan Prévoyance Hospitalisation

### A. INTRODUCTION

Plusieurs termes et expressions ont des significations spécifiques au présent Contrat. À des fins de clarté, certains termes commencent par une majuscule et leur signification est expliquée à la section Définitions. Si Vous lisez un terme ou une expression commençant par une majuscule et avez des doutes quant à sa signification exacte, veuillez vous reporter à la section Définitions.

Les Conditions Générales, restrictions et exclusions du Contrat, les Conditions Particulières et tout formulaire de souscription d'assurance constituent Votre Contrat d'assurance. Ces documents doivent être lus conjointement. Ces documents sont importants, veuillez donc les conserver en lieu sûr.

Le plan Prévoyance Hospitalisation dont il est question prévoit le versement d'Indemnités journalières d'Hospitalisation en France en cas de Maladie ou d'Accident.

Nous convenons de fournir la couverture d'assurance décrite dans le présent Contrat aux personnes assurées, sous réserve du paiement de la Prime à son échéance et Nous convenons de l'accepter.

*Nous Vous recommandons de réexaminer Votre couverture au moins chaque année afin de Vous assurer que le présent Contrat continue de répondre à Vos besoins.*

### B. DÉFINITIONS

Dans tous les cas où les termes ou expressions suivants apparaissent dans Votre Contrat, ils ont la signification qui leur est attribuée ici :

**ACCIDENT** désigne un évènement soudain, inattendu et malheureux survenant alors que le Contrat est en vigueur et provenant directement d'une cause extérieure et violente.

**ADULTE ASSURÉ** désigne le Souscripteur et le Conjoint du Souscripteur, si la couverture du Conjoint a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

**CONDITIONS PARTICULIÈRES** est le document qui fait partie intégrante de Votre Contrat ; il comporte des informations importantes propres à Votre assurance.

**CONJOINT** désigne la personne ayant entre 18 et 69 ans à la Date de prise d'effet du Contrat et dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, qui est mariée ou pacsée avec Vous ou vivant en union libre avec Vous depuis 12 mois consécutifs.

**CONTRAT** désigne les Conditions générales, restrictions et exclusions convenues entre Nous pour la fourniture de Votre couverture d'assurance. Le Contrat se compose des Conditions générales, restrictions et exclusions du Contrat, des Conditions Particulières et du formulaire de souscription d'assurance, le cas échéant. Ces documents doivent être lus conjointement.

**DATE DE MODIFICATION** est la date à laquelle des modifications ont été apportées à Votre Contrat.

**DATE DE PRISE D'EFFET** désigne le Jour, le mois et l'année auxquels Votre couverture débute, tel qu'indiqué dans les Conditions particulières.

**ENFANT ou ENFANTS** désigne tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 18 ans dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, ou tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 25 ans s'ils sont scolarisés à temps plein.

**ENFANT ou ENFANTS ASSURÉ(S)** désigne un ou des Enfant(s) si la couverture a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

**ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR** désigne toute maladie, affection, état survenant de façon naturelle, processus dégénératif, état médical ou mental, blessure ou handicap physique pour lequel l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré a, à tout moment au cours des 2 années précédant la date de l'Accident :

(a) reçu un traitement ou des avis médicaux ; ou

(b) a présenté des symptômes (ayant fait l'objet d'un diagnostic ou non).

**FRANCE** désigne les territoires métropolitains de la République française, dont la Corse, mais n'englobe pas les DOM et les TOM de la République française.

**HÔPITAL** désigne un établissement médical reconnu par les organismes d'assurance maladie obligatoires, disposant d'infrastructures chirurgicales et d'Hospitalisation et en mesure d'assurer des soins médicaux ainsi que la supervision par au moins un médecin 24 h/24.

**HOSPITALISATION / HOSPITALISÉ** signifie être admis à l'Hôpital en tant que patient interne en vue du Traitement nécessaire des Préjudices corporels résultant directement d'un Accident.

**INDEMNITÉ** désigne le montant à hauteur duquel l'Adulte assuré et l'Enfant assuré sont couverts dans le Contrat. L'indemnité est indiqué dans les Conditions particulières.

**INFORMATIONS À CARACTÈRE PERSONNEL** désigne les données que Vous et d'autres individus inscrits sur le Contrat ont fournies.

**JOUR** signifie 24 heures consécutives.

**MALADIE** désigne toute Maladie, souffrance, affection ou blessure (ou les symptômes de celles-ci) ayant ou non fait l'objet d'un diagnostic, ne résultant pas d'un Accident et justifiant l'emploi d'un Traitement Nécessaire.

**MÉDECIN** désigne un praticien dûment agréé et diplômé pour diagnostiquer et traiter les maladies et blessures.

**NOUS, NOS ou NOTRE** se rapporte à Stonebridge International Insurance Ltd., l'assureur du présent Contrat.

**PRÉJUDICE CORPOREL** désigne un dommage corporel subi par un Adulte assuré ou un Enfant assuré des suites directes d'un Accident.

**PRIME** désigne les coûts, y compris les taxes et majorations, que Vous payez chaque mois pour Votre

couverture en vertu du présent Contrat.

**RÉSIDENCE PRINCIPALE** désigne l'adresse principale où une personne vit, qu'elle a retenue comme son adresse principale et qui s'accompagne de documents officiels.

**RÉSIDENT** désigne une personne ayant une Résidence principale en France, vivant dans ce pays pendant au moins 7 mois sur chaque période de 12 mois et disposant d'un compte bancaire français valide ou d'une carte bancaire française valide ou d'un moyen de paiement que Nous avons accepté pour le paiement des Primes.

**SOUSCRIPTEUR** désigne la personne qui a souscrit le présent contrat d'assurance, qui paie la Prime et qui est légalement en droit de résilier le Contrat ou de modifier le niveau de la couverture.

**TRAITEMENT NÉCESSAIRE** désigne le traitement des Dommages corporels subis des suites directes d'un Accident et qui est conforme à la pratique médicale actuellement acceptée.

**VOUS, VOS et VÔTRE** désigne le Souscripteur.

### C. QUI PEUT SOUSCRIRE AU PRÉSENT CONTRAT ?

**Pour continuer à souscrire au présent Contrat, Vous et Votre Conjoint (si cette personne est prévue dans la couverture) devez :**

- avoir entre 18 et 69 ans (inclus) à la Date de Prise d'Effet ; et
- être Résident en France.

### D. COUVERTURE

#### **i) Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas d'Accident**

Nous verserons au Souscripteur les *indemnités journalières d'Hospitalisation en cas d'Accident* mentionnées dans les conditions particulières pour chaque jour où l'Adulte Assuré est Hospitalisé en France des suites directes d'un Accident.

#### **ii) Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas de Maladie**

Nous verserons au Souscripteur les *indemnités journalières d'hospitalisation en cas de maladie* mentionnées dans les Conditions Particulières pour chaque jour où l'Adulte Assuré est Hospitalisé en France des suites directes d'une Maladie.

### E. MODALITÉS DE LA COUVERTURE

#### **Indemnités**

- Le niveau d'Indemnité sera celui applicable à la date d'Hospitalisation.
- Le montant des Indemnités sera automatiquement réduit de 50 % lorsque l'Adulte Assuré atteindra soixante-cinq (65) ans. Si l'Adulte Assuré atteint ses 65 ans durant une période d'Hospitalisation, le niveau des Indemnités reste inchangé par rapport à celui appliqué à la date de l'Hospitalisation.
- Les Indemnités seront versées uniquement pour chacune des périodes d'Hospitalisation, conformément à la section i, « Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas d'Accident », ou à la section ii, « Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas de Maladie ». Pour une même période d'Hospitalisation, Nous ne verserons pas

d'Indemnités relevant de chacune des deux sections de l'assurance.

### **Hospitalisation et Traitement Nécessaire**

- L'Hospitalisation doit être prescrite par un Médecin et doit durer au moins une Journée entière.
- Nous pouvons faire appel à une évaluation d'un organisme tiers ou utiliser l'avis médical d'autres Médecins pour déterminer si l'Hospitalisation était :
  - o médicalement nécessaire ; et
  - o conforme aux normes professionnelles de soin reconnues en termes de qualité, de fréquence et de durée.
- L'Adulte Assuré Hospitalisé doit recevoir le Traitement Nécessaire et doit être suivi par un Médecin.
  - o Le Médecin doit administrer le Traitement Nécessaire dans les limites de son agrément.
  - o Le Médecin doit être une autre personne que Vous, Votre Conjoint, Votre père, mère, Enfant, frère ou sœur ou le père, la mère, l'Enfant, le frère ou la sœur de Votre Conjoint.
- Admissions récurrentes : les périodes supplémentaires d'Hospitalisation pour la même Maladie ou le même Préjudice Corporel résultant directement de l'Accident initial devront avoir lieu sous les 180 Jours à partir de la date de fin de la dernière Hospitalisation. Le niveau des Indemnités détaillé dans les Conditions Particulières sera le niveau en vigueur à la date de l'Hospitalisation initiale. Si l'Adulte Assuré atteint ses 65 ans au cours de ces 180 Jours, le niveau des Indemnités reste inchangé par rapport à celui appliqué à la date de l'Hospitalisation.

### **Restrictions applicables à i. Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas d'Accident**

- L'Adulte Assuré doit être Hospitalisé en France dans les 90 Jours suivant l'Accident
- Si l'Adulte Assuré est Hospitalisé après 90 jours suivant l'Accident, le niveau d'Indemnités à verser correspond à celui des *Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas de Maladie (section ii)*.
- L'Indemnité sera versée à partir du premier Jour d'Hospitalisation pour un maximum de 365 Jours d'Hospitalisation par Accident.

### **Restrictions applicables à ii. Indemnités journalières d'Hospitalisation en cas de Maladie**

- L'Indemnité sera versée à partir du premier Jour d'Hospitalisation pour un maximum de 365 Jours d'Hospitalisation par Maladie.

### **État de santé antérieur**

Lorsqu'un Adulte Assuré ou un Enfant Assuré est Hospitalisé, Nous ne prendrons pas en compte l'État de Santé Antérieur pour le calcul du montant à verser si :

- l'Adulte Assuré ou l'Enfant Assuré n'a reçu ni traitement ni avis médical au sujet d'un État de Santé Antérieur, ou
- l'Adulte Assuré ou l'Enfant Assuré n'a pas présenté de symptômes (ayant ou non fait l'objet d'un diagnostic) liés à un État de Santé Antérieur, ce pendant une période continue de 2 ans à tout moment après la date de début de l'assurance.

En revanche, si un Adulte Assuré ou un Enfant Assuré qui est Hospitalisé :

- a reçu un traitement ou un avis médical au sujet d'un État de Santé Antérieur, ou
- a présenté des symptômes (ayant ou non fait l'objet d'un diagnostic) liés à un État de Santé Antérieur,

ce à tout moment après la date de début de l'assurance, l'État de Santé Antérieur sera alors pris en compte dans le calcul du montant à verser lorsque l'État de Santé Antérieur :

- est un facteur contribuant à l'Hospitalisation de l'Adulte Assuré ou de l'Enfant Assuré, ou
- rallonge la durée d'Hospitalisation de l'Adulte Assuré ou de l'Enfant Assuré.

Nous établirons un pourcentage à partir d'un examen médical, puis Nous l'appliquerons aux Indemnités d'Hospitalisation à verser. Si le pourcentage calculé est inférieur à 25 %, Nous verserons l'intégralité des Indemnités. Si le pourcentage calculé est de 100 %, Nous ne verserons aucune Indemnité.

Nous nous procurerons l'examen médical auprès de Votre Médecin. S'il n'est pas en mesure ou disposé à fournir les résultats de cet examen, Nous demanderons à un Médecin indépendant de le faire.

## F. EXCLUSIONS DE LA COUVERTURE

Aucune Indemnité ne sera versée si l'Hospitalisation :

- Est réalisée dans un établissement, ou dans une partie d'un établissement, désigné comme :

o un institut de cure, de désintoxication ou un sanatorium ;

o une maison de convalescence, de soins ou de soins infirmiers ; ou

o un établissement qui dispense principalement des soins de garde, psychiatriques, palliatifs, éducatifs ou de rééducation ; ou

o un établissement pour personnes âgées.

- Concerne des soins et traitements ambulatoires, y compris la chirurgie ambulatoire ou l'observation ambulatoire effectuées dans un Hôpital.
- Concerne une opération, un traitement ou un service qui n'est pas considéré comme valide par un Ordre professionnel établi en France.
- Concerne une opération, un traitement ou un service à caractère expérimental.
- Concerne un traitement de rééducation qui peut être administré afin de rétablir toutes les capacités physiques ou mentales de l'Adulte Assuré.
- Troubles psychiatriques ou mentaux ou tout autre état provoquant principalement des symptômes psychiatriques, notamment le stress, l'anxiété, la dépression ou une dépression post-partum
- Maladie provoquée par l'abus d'alcool ou de drogue, ou par la consommation excessive de médicaments, attestation médicale à l'appui
- Est causé par un suicide, une automutilation ou toute action ou omission délibérée ou commise par imprudence susceptible de provoquer des blessures graves ou d'entraîner un décès, que la personne soit saine d'esprit ou non.
- Survient alors que la personne est sous l'influence ou l'emprise de drogues ou de médicaments, à moins que ces substances aient été prises conformément aux indications du fabricant ou d'un Médecin agréé.
- Pour conduite ou prise en main d'un véhicule sous l'influence ou l'effet de l'alcool et/ou

**avec un taux d'alcoolémie dans le sang/les urines supérieur au taux autorisé dans le pays dans lequel l'Accident se produit**

- **Résulte d'une participation, d'une tentative ou d'une complicité dans le cadre d'un acte illicite en vertu de la loi du territoire sur lequel l'acte illicite survient.**
- **Résulte d'une guerre (que celle-ci soit déclarée ou non), d'une invasion, d'une action militaire ou de troubles civils ou intervient pendant l'exécution d'une mission, d'un entraînement ou d'une opération des forces armées.**
- **résultant de la non-consultation d'un Médecin ou du non-respect d'un avis médical par l'Adulte Assuré agissant de manière déraisonnable**
- **résultant de traitements cosmétiques ou esthétiques ou de traitements associés non indispensables, suivis pour des raisons psychologiques ou non.**
- **liée à une grossesse, un accouchement ou à la contraception, à des complications liées à une grossesse, un accouchement ou à la contraception**
- **Survient dans un pays qui n'est pas la France**

#### **G. PRISE D'EFFET DE VOTRE COUVERTURE**

**La couverture débute à compter de la Date de Prise d'Effet. Toute modification de la couverture débute à compter de la Date de Modification. Ces deux dates sont précisées dans Vos Conditions Particulières.**

#### **H. FIN DE VOTRE COUVERTURE**

**Toutes les couvertures accordées en vertu du présent Contrat prennent automatiquement fin dans les circonstances suivantes, selon celle qui survient en premier :**

- **à la date de Votre décès ;**
- **à la date de renouvellement après Votre 75e anniversaire ;**
- **si Vous résiliez le Contrat ;**
- **si Nous résilions le Contrat ; ou**
- **si Vous cessez d'être Résident en France.**

**Si Votre Contrat inclut une couverture pour Votre Conjoint et/ou un Enfant Assuré, Votre Conjoint ou Enfant Assuré ne sera plus couvert lorsqu'il ne répondra plus à la description de la section Définitions. Votre Conjoint ne sera plus couvert à la date de renouvellement après son 75e anniversaire.**

#### **I. PÉRIODE D'ASSURANCE ET DE RENOUVELLEMENT**

**Votre Contrat a une durée mensuelle et est renouvelé chaque mois civil entier après la Date de Prise d'Effet du Contrat, sous réserve que Vous payiez le montant des Primes établi dans les Conditions Particulières (ou au tarif en vigueur au moment du renouvellement suite à une notification préalable de Notre part) à la date d'échéance.**

**Nous nous réservons le droit de ne pas renouveler Votre Contrat si Vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Vous avez jusqu'à la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat pour la régler pour autant que Vous continuiez de remplir les conditions du Contrat. Si elle n'est pas payée avant la prochaine date de renouvellement, Votre Contrat ne sera pas renouvelé. Si la Prime est payée avant la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat, la couverture agira**

comme si la Prime avait été payée à la date d'échéance.

#### **J. PAIEMENT DE VOTRE PRIME**

La Prime mensuelle relative à Votre couverture est indiquée dans les Conditions Particulières de Votre Contrat. La Prime inclut la taxe sur les primes d'assurance applicable pour Vous, au taux de la taxe d'assurance en vigueur.

Vous commencez à payer pour Votre couverture à la date d'échéance de la Prime indiquée dans Vos Conditions Particulières ; par la suite, Vous payez sur une base mensuelle le même jour de chaque mois.

**Nous avons le droit de résilier Votre Contrat si Vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Nous pouvons choisir de Vous écrire pour Vous informer du non paiement de la Prime si la Prime n'est pas payée dans un délai de 10 jours à compter de la date d'échéance. Vous disposerez ensuite de 30 jours supplémentaires pour effectuer le paiement à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée. Si, à la fin de cette période, la Prime reste impayée, la couverture sera suspendue jusqu'au paiement de toutes les Primes dues. Si Vous avez payé toutes les Primes dues, y compris celles payables pendant la période de suspension de la couverture, la couverture sera rétablie à midi le lendemain du paiement de toutes les Primes. Si les Primes restent impayées, Nous aurons le droit de résilier Votre Contrat 10 jours après la fin de la période de 30 jours.**

**Vous devez Nous informer dès que possible, dans la mesure du raisonnable, de toute modification ayant pour effet qu'un Conjoint ou Enfant assuré n'est plus éligible à la couverture de Votre Contrat afin d'éviter tout paiement excédentaire de Prime.**

*À noter : Vous pouvez être soumis au paiement d'autres frais en faveur de Votre prestataire de services de paiement. Veuillez contacter directement Votre prestataire de services de paiement pour toute question relative à ses frais.*

#### **K. CONDITIONS DE RÉSILIATION DE VOTRE PART**

**Vous avez le droit de résilier le Contrat en contactant le Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.**

**Si, comme indiqué dans la section N.1 ci-dessous, Nous modifions Nos Conditions Générales de Contrat et/ou Nos Conditions Particulières, et que Vous jugez les modifications inacceptables, Vous pouvez résilier le Contrat. Les modifications apportées aux Conditions Générales et/ou aux Conditions Particulières ne seront pas valables si Vous procédez à la résiliation avant la Date de Modification indiquée dans Vos Conditions Particulières.**

**Si Vous résiliez le Contrat à tout autre moment, aucun remboursement de toute partie de Votre Prime ne sera effectué. Vous resterez couvert par le Contrat jusqu'à la fin de la période mensuelle. Aucune autre Prime ne sera alors due.**

#### **L. CONDITIONS DE RÉSILIATION OU DE NON-RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT DE NOTRE**

## PART

**Nous avons le droit de ne pas renouveler le Contrat à tout moment moyennant un préavis écrit d'au moins 30 jours envoyé à Votre dernière adresse connue afin de Vous laisser le temps et la possibilité d'organiser une couverture de remplacement si Vous le souhaitez.**

**Nous exposerons le motif du non-renouvellement ou de la résiliation dans Notre courrier. Les motifs valables incluent, sans s'y limiter :**

- **le non-paiement d'une Prime ;**
- **lorsque Vous êtes tenu, conformément aux conditions du présent Contrat, de coopérer avec Nous ou de Nous envoyer des informations ou des documents et que Vous ne le faites pas si bien que Notre capacité à traiter une modification ou à défendre Nos intérêts en est altérée de manière importante. Dans ce cas, nous sommes en droit de délivrer une lettre de résiliation et Nous résilierons Votre Contrat si Vous ne coopérez pas avec Nous ou ne fournissez pas les informations ou documents requis avant la fin de la période de résiliation de 30 jours.**
- **lorsque, lors d'une déclaration de sinistre, Vous ou tout autre Adulte assuré ou Enfant assuré refusez de vous soumettre à un examen médical que Nous réclamons.**

## M. COMMENT PRÉSENTER UNE DÉCLARATION DE SINISTRE ?

### M-1 DÉCLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer un sinistre en vertu du Contrat, veuillez contacter le Centre de Service Client et demander un formulaire de déclaration de sinistre. Nous demanderons les précisions et toute information appropriée dont Nous aurons besoin afin d'étudier la déclaration de sinistre.

Lorsque c'est possible, le Souscripteur ou son représentant doit envoyer les documents suivants avec le formulaire de déclaration (liste non-exhaustive) :

- Une copie des Conditions Particulières.
- Les rapports médicaux de l'Hôpital.
- L'attestation de sortie d'Hôpital indiquant les dates et heures d'admission et de sortie, ainsi que le traitement administré lors du séjour à l'Hôpital.
- Toute facture médicale et/ou de radio en Votre possession.
- Une copie de tout rapport officiel relatif à l'Accident, comme un rapport d'Accident émis par la police ou un rapport sur la santé et sur la sécurité, en Votre possession.
- Des coupures de journaux, le cas échéant, ou toute autre information sur l'Accident
- Une copie du rapport d'Accident du travail fourni au bureau de la sécurité sociale si l'Accident s'est produit sur le lieu de travail.
- Dans le cas d'un Décès accidentel, la preuve que l'Adulte Assuré ou l'Enfant Assuré qui a été Hospitalisé répond à la définition d'Adulte Assuré ou d'Enfant Assuré comme indiqué dans la Section B – Définitions. Par exemple une copie d'un certificat de naissance ou de mariage, ou une copie des documents d'adoption.

De plus, le Département des sinistres enverra avec le formulaire de déclaration de sinistre un questionnaire médical pour l'Adulte Assuré, l'Enfant Assuré ou leurs représentants afin qu'il le remplisse avec le Médecin de son choix. Pour s'assurer de la confidentialité du questionnaire, ce

FR HCP TCs FINAL v1.02 160221



Médecin devra fournir les informations demandées à propos de l'état médical de l'Adulte Assuré ou de l'Enfant Assuré et devra envoyer le questionnaire rempli dans une enveloppe distincte, sur laquelle figurera la mention « Confidentiel », à Notre médecin conseil. Celui-ci transférera les conclusions à l'administration pour qu'une décision soit prise pour la déclaration de sinistre.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit de demander tout document ou toute information que Nous considérons nécessaire pour prendre une décision eu égard à la déclaration de sinistre (notamment en ce qui concerne les documents que l'Adulte Assuré, l'Enfant Assuré ou leurs représentants peuvent obtenir en faisant la demande auprès de l'Hôpital où le traitement a été administré) et de demander à l'Adulte Assuré ou l'Enfant Assuré de se soumettre à un examen médical, à Nos frais.

**Si l'Adulte Assuré ou l'Enfant Assuré refuse de se soumettre à un examen médical, la couverture sera automatiquement suspendue pendant une période de 60 Jours, à partir de la date de la demande d'examen, et le Contrat sera résilié à la fin de cette période.**

Le Souscripteur doit garder des copies de tous ces documents et Nous les envoyer par courrier recommandé. Nous renverrons tous les documents par courrier recommandé.

Afin d'assurer le traitement efficace de la déclaration, Nous nous réservons le droit de désigner un organisme tiers pour gérer les déclarations en Notre nom. Nous fournirons les informations et détails nécessaires lorsqu'une déclaration est déposée.

## **M-2 RÈGLEMENT DE SINISTRES**

Nous ne verserons l'Indemnité que si les certificats et autres justificatifs que Nous demandons sont remis sur demande.

La personne habilitée à déclarer un sinistre au titre de Votre Contrat sera le Souscripteur ou le représentant approprié du Souscripteur. Les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.

Une fois que Nous convenons de la pris en charge du sinistre, Nous verserons les Indemnités en espèces au Souscripteur, ou à son représentant approprié, dans les plus brefs délais et Notre engagement à l'égard de cette personne assurée cessera. Aucun intérêt n'est dû de Notre part sur les règlements de sinistres.

## **N. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **N-1 RÉVISION DES CONDITIONS DU CONTRAT**

**Nous sommes en droit de modifier les Conditions Générales et/ou les Conditions Particulières de Votre Contrat, moyennant un préavis écrit envoyé à Votre dernière adresse connue. Si Vous acceptez les changements, le présent Contrat restera en vigueur. Vous serez en mesure de résilier le Contrat si Vous n'acceptez pas les conditions révisées comme indiqué dans la section K.**

**Si Nous Vous faisons part de telles modifications, Nous en exposerons le motif, par exemple :**

- **Nous adapter à des évolutions de la législation ;**
- **répondre à des exigences réglementaires ;**

- refléter de nouvelles orientations du secteur et des codes de conduite qui relèvent les niveaux de protection des consommateurs ;
- répondre à des variations des taux d'imposition ; ou
- refléter d'autres coûts légitimes ou des hausses ou baisses des Indemnités dans le cadre de la poursuite de la fourniture des services et Indemnités en vertu de Votre Contrat.

## **N-2 Modifications du nom ou de l'adresse du Souscripteur**

**Vous devez Nous informer de toute modification de Votre adresse et/ou nom. Nous continuerons de communiquer avec Vous et à Vous envoyer des notifications sur Votre Contrat à Votre dernière adresse connue et au nom auquel Vous êtes enregistré dans Nos dossiers. Nous partirons du principe que toute communication et/ou notification au sujet de Votre Contrat envoyé à Votre dernière adresse connue a été reçue par Vous.**

## **N- 3 DEVISE**

L'intégralité des Indemnités et des Primes sont payables en euros.

## **N- 4 INFORMATIONS INCORRECTES, INCOMPLÈTES OU FAUSSES**

**Vous devez apporter un soin raisonnable pour répondre de manière exhaustive et précise aux questions que Nous posons lorsque Vous souscrivez ou apportez des changements à Votre Contrat ou encore lorsque Vous présentez une déclaration de sinistre au titre de Notre Contrat. En cas de doute, veuillez Nous contacter.**

**Si les informations que Vous Nous fournissez sont incorrectes, incomplètes ou fausses :**

- Nous pouvons résilier Votre Contrat et refuser de régler tout sinistre ;
- Nous pouvons ne pas régler le sinistre dans son intégralité ; ou
- l'étendue de la couverture peut être affectée.

## **N- 5 DROIT APPLICABLE, LANGUE ET COMPÉTENCE**

Le présent Contrat sera régi par le droit français. Vous et Nous convenons de nous soumettre à la compétence des tribunaux français pour trancher tout litige en vertu du ou en rapport avec le présent Contrat.

Sauf accord contraire, les Conditions Générales et/ou Conditions Particulières et autres informations relatives au présent Contrat seront indiquées en français.

## **N- 6 MODE DE FONCTIONNEMENT DU FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)**

Nous sommes couverts par le Financial Services Compensation Scheme (FSCS) britannique et Vous pouvez bénéficier d'une compensation de la part du FSCS si Nous ne sommes pas en mesure de répondre à Nos engagements à Votre égard. Ce système dépend du type d'activité et des circonstances du sinistre. De plus amples informations sur les régimes de compensation sont disponibles auprès du FR HCP TCs FINAL v1.02 160221

FSCS sur le site [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk) ou par téléphone au +44 (0) 20 7741 4100.

## N- 7 RÉCLAMATIONS

Nous nous attachons à offrir un service approprié à Nos clients. Toutefois, il peut arriver que Vous ne soyez pas satisfait du service offert. Dans un tel cas, veuillez Nous aider à y remédier en contactant dans un premier temps Notre Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Vos Conditions Particulières.

Nous essayerons toujours de régler Votre réclamation d'ici la fin du jour ouvrable suivant sa réception. S'il est peu probable que Nous parvenions à régler Votre réclamation dans ce délai, Nous Vous enverrons une lettre avec accusé de réception contenant un résumé détaillé de Votre réclamation et une estimation du délai nécessaire à son règlement. Dans l'éventualité peu probable où Nous n'avons pas réglé Votre réclamation dans un délai de 8 semaines, Nous vous expliquerons en détail la cause du retard et nous vous indiquerons clairement quand Nous prévoyons d'être en mesure d'aboutir à un règlement final.

Une lettre de réponse finale sera envoyée pour répondre pleinement à Vos préoccupations.

Si, après avoir suivi la procédure ci-dessus, Vous estimez que Votre réclamation n'est toujours pas réglée de manière satisfaisante, Vous êtes en droit de soumettre l'affaire à l'un des organismes suivants :

Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris (CMAP)  
39 Avenue FD Roosevelt, 75008 Paris

Téléphone : 01 44 95 11 40  
Site Internet : [www.cmap.fr](http://www.cmap.fr)

Ou : Financial Ombudsman Service  
Exchange Tower, London E14 9SR Royaume-Uni.

Téléphone : +44 (0) 20 7964 0500  
Site Internet : [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

## N-8 DOUBLE ASSURANCE

**Veillez noter que sauf accord entre Nous, Vous n'aurez droit, à tout moment, à une couverture d'assurance qu'en vertu d'un seul Contrat.**

## O. NOTRE ADRESSE ET SUPERVISION

Stonebridge International Insurance Ltd. est une compagnie d'assurance proposant des services d'assurance généralistes. Notre siège social est sis : 14th Floor, 33 Cavendish Square, London, W1G 0PW et Notre numéro d'immatriculation est 3321734.

Nous proposons nos services en France dans le cadre de la libre prestation des services. Nous sommes autorisés par la Prudential Regulation Authority et supervisés par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority au Royaume-Uni. Notre numéro d'immatriculation auprès de la FCA FR HCP TCs FINAL v1.02 160221

est 203188. Vous pouvez vérifier ces informations dans le Financial Services Register en Vous rendant sur le site Internet de la Financial Conduct Authority (FCA) [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) ou en contactant la FCA au numéro suivant : +44 (0) 20 7066 1000

## **P. PROTECTION DES DONNÉES**

Nous sommes le contrôleur des données de toutes les informations personnelles qui nous sont fournies sur le/la titulaire et d'autres personnes couvertes par la police ou la déclaration de sinistre (tel que défini dans European Union General Data Protection Regulations and any successor regulation (EU GDPR)) Il est de votre responsabilité de vous assurer que toutes les personnes nommées figurant sur la police savent qui nous sommes et comment leurs informations seront traitées.

Vos informations personnelles seront utilisées dans le but de fournir des services d'assurance pour décider si nous pouvons vous offrir une assurance pour administrer votre police et traiter les déclarations de sinistre.

Nous conservons les informations personnelles pendant la période nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus et nous pouvons être tenus de conserver ces informations après la fin de votre police à des fins légales, réglementaires ou fiscales.

Nous faisons partie du groupe Embignell et nous pouvons partager vos informations personnelles avec le groupe Embignell, les réassureurs, les partenaires commerciaux et les agents pour aider à administrer les produits et services et respecter nos obligations réglementaires. Plus d'informations peuvent être trouvées dans notre politique de confidentialité qui peut être consultée en ligne à [www.embignell.com/privacy-policy](http://www.embignell.com/privacy-policy)

En vertu de la loi sur la protection des données, vous disposez de certains droits dont nous devons vous informer. Les droits dont vous disposez dépendent de la raison pour laquelle nous traitons et conservons vos informations.

Vous avez le droit de:

- accéder aux informations personnelles que nous détenons sur vous, ou sur toute autre personne sur la politique
- corriger les informations personnelles que vous jugez inexacts ou pour mettre à jour les informations que vous pensez incomplètes
- faire supprimer des informations personnelles dans certaines circonstances
- nous restreindre le traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- vous opposer au traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- Se plaindre

### **Représentant de l'Union Européenne ("UE")**

Nous avons un représentant de l'UE que vous pouvez contacter pour toute question relative à cette police, afin d'exercer l'un des droits en vertu de la législation sur la protection des données, y compris : les demandes d'accès de la personne concernée, la correction de vos informations, réclamation.

Coordonnées:

Par Email: [lenz@gielisch](mailto:lenz@gielisch)

Par courrier: GCM GmbH, Gielisch Claims Management, Ringstr. 9-11, 50996 Köln

Les renseignements que vous avez demandés seront fournis dans un format approprié pour répondre à vos exigences.

Si nous ne pouvons pas résoudre la réclamation à votre satisfaction et que vous êtes un résident d'un État de l'UE / EEE, vous avez également le droit de contacter votre autorité locale de protection des données aux coordonnées ci-dessous, qui est l'autorité de surveillance de votre État protégeant les droits de les personnes en vertu de la réglementation actuelle du RGPD de l'UE.

### **Autorité locale de protection des données**

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL

3 Place de Fontenoy

TSA 80715 – 75334 Paris, Cedex 07

Tel. +33 1 53 73 22 22

Fax +33 1 53 73 22 00

contact: <https://www.cnil.fr/en/contact-cnil>

Website: <http://www.cnil.fr/>

L'avis de protection des données complet peut être consulté en ligne à l'adresse

<https://www.stonebridge-insurance.com/fr/data-protection/> ou vous pouvez demander une copie en contactant le service client.