

Introduction

Votre contrat Santé Créole, régi par le Code des assurances et par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, se compose des deux éléments suivants :

Les Dispositions Générales

- Elles présentent le fonctionnement de votre contrat et le contenu des garanties.
- Elles valent Notice d'information.

Les Dispositions Particulières

- Elles retracent les éléments personnels de votre contrat, vos déclarations et les garanties que vous avez souscrites.

L'assureur des garanties frais de santé est **PRUDENCE CREOLE**.

Les prestations d'assistance médicale sont garanties et fournies par **EUROP ASSISTANCE**.

Les deux compagnies sont régies par le Code des assurances et font partie du Groupe GENERALI.

> Délégation de la gestion des prestations « frais de santé »

L'assureur délègue par convention le règlement des prestations à :

RAM-GAMEX

Section Tiers délégué,
Immeuble EUROPA, 2 Allée BONNIER, BP 793
97476 Saint Denis cedex

> Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est :

I'A.C.A.M : Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles

61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

Sommaire

Introduction	1
Sommaire	2
Glossaire.....	3
Les garanties de Santé Créole.....	4
Formules de base.....	4
Garanties optionnelles.....	5
Garanties « bonus-fidélité »	6
1. Les garanties d'assurance	6
1.1 Objet du contrat	6
1.2 Dépenses de soins remboursées	7
1.3 Assurance du nouveau-né	8
1.4 Étendue territoriale de la garantie	8
1.5 Délais d'attente	8
1.6 Carte de Tiers Payant.....	8
2. Les services d'assistance	9
2.1 Préambule	9
2.2 Demande d'Assistance.....	10
2.3 Prestations d'Assistance aux Personnes	10
2.4 Dispositions Générales de l'Assistance.....	13
3. Les exclusions du contrat	14
3.1 Exclusions des garanties.....	14
4. La vie du contrat	15
4.1 Vos déclarations	15
4.2 Formation, durée, résiliation	15
4.3 Cotisation	17
4.4 Règlement des prestations	18
4.5 Subrogation	19
4.6 Prescription	19
5. Programme de fidélisation.....	19
5.1 Règlement du programme Fidélité Santé de Prudence Créole.....	21
6. Information de l'assuré.....	23

Glossaire

ACCIDENT :	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
ASSURÉ :	La ou les personne(s) désignée(s) aux Dispositions Particulières comme bénéficiaire(s) de la garantie.
CHIROPRACTEUR :	Personne pratiquant des traitements manuels qui corrigent les dysfonctionnements organiques.
CHIRURGIE RÉFRACTIVE :	Intervention chirurgicale au laser destinée à corriger la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie.
CONJOINT :	Époux, épouse, personne vivant maritalement avec l'assuré ou liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité.
DÉLAI D'ATTENTE ou CARENCE :	Période durant laquelle certains frais ne sont pas remboursés à l'assuré.
ÉCHÉANCE :	Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci.
ÉCHÉANCE PRINCIPALE :	Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir.
ÉCHOGRAPHIE :	Examen par ultrasons des tissus, des organes, des vaisseaux et du cœur. Au cours de la grossesse, l'échographie permet de suivre le développement du fœtus.
HOSPITALISATION :	Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24 H, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.
IMPLANT DENTAIRE :	Technique de prothèse dentaire qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.
MALADIE :	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
MAMMOGRAPHIE :	Examen radiographique de la glande mammaire par rayons X.
NOUS :	Désigne selon le cas soit Prudence Créole, soit Europ assistance.
ORTHODONTIE :	Partie de la chirurgie dentaire qui traite des anomalies de positionnement des dents.
ORTHOPÉDIE :	Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.
ORTHOPHONISTE :	Auxiliaire médical spécialiste de la rééducation des personnes présentant des troubles du langage et de l'écriture.
OSTÉOPATHE :	Désigne un praticien diplômé d'une école reconnue (bac+6) soignant par des manipulations au niveau de la colonne vertébrale, du crâne et des articulations.
PMSS :	Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. Son montant est revalorisé chaque année. En 2008, il a été fixé à 2773 euros.
RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) :	Régime légal de Protection Sociale auquel est affilié l'assuré.
RSS :	Remboursements de la Sécurité Sociale.
SOUSCRIPTEUR :	La personne morale ou physique qui souscrit le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.
TARIF DE CONVENTION ET D'AUTORITÉ :	Tarifs servant de base au remboursement de la Sécurité sociale des honoraires et des soins utilisés par les caisses des différents Régimes Obligatoires.
TICKET MODÉRATEUR :	Différence entre la base de remboursement de la Sécurité Sociale et sa prise en charge par le Régime Obligatoire.
TIERS PAYANT :	Système permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais. Paiement des sommes dues par l'assuré au professionnel de santé ou à l'établissement, par l'assureur.
VOUS :	Désigne l'assuré.

Les garanties de Santé Créole

5 formules de base

Santé Créole vous propose cinq formules de base vous permettant de choisir les garanties les plus appropriées à vos besoins :

DETAIL DES GARANTIES	JEUNE ACTIF	ESSENTIEL	CONFORT	PLENITUDE	PRESTIGE
HOSPITALISATION					
Frais de séjour et forfait hospitalier	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Soins (honoraires et examens)	100%	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Chambre particulière	15€/J	50€/j	65€/j	75€/j	FRAIS REELS
Accompagnant (lit, repas)	-	30€/j	35€/j	35€/j	FRAIS REELS
Hospitalisation en métropole	-	-	-	10%/J BILLET	10%/J BILLET
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie, analyses biologiques	100%	100%	150%	200%	300%
Pharmacie (générique)	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS
Ostéopathie	-	30 €	45 €	60 €	90 €
Transports sanitaires	100%	100%	100%	100%	100%
Visite du sport	-	-	-	-	25 €
Soins monde entier	100%	100%	150%	200%	300%
ART DENTAIRE					
Soins dentaires	100%	100%	150%	200%	300%
Prothèses et orthodontie remboursées	100%	200%	300%	350%	470%
Orthodontie refusée	-	-	100 €	150 €	200 €
Parodontologie, implantologie	-	-	100 €	150 €	300 €
Plafond dentaire 1ère année	-	-	-	1 200 €	1 200 €
FRAIS D'OPTIQUE					
Montures, verres et lentilles remboursés	100% + 50€	RSS+130 €	RSS+ 200€	RSS+ 300€	RSS+ 400€
Lentilles prescrites non prises en charge	-	50 €	100 €	150 €	180 €
Chirurgie optique	150 €	250 €	350 €	450 €	800 €
PROTHESES MEDICALES					
Auditives, Orthopédiques, Capillaires, Mammaires, Oculaires	100%	100% + 100€	150% + 200€	200% + 200€	300% + 250€
Prothèses auditives non remboursées	-	-	-	125 €	200 €
CURES THERMALES					
Frais médicaux et de séjour	100%	100% + 6% PMSS	150% + 10% PMSS	200% + 10%PMSS	300% + 12%PMSS
FORFAITS					
Allocation de NAISSANCE-ADOPTION	3%PMSS	6%PMSS	10%PMSS	10%PMSS	15%PMSS
F.I.V ou amniosynthèse	-	-	40 €	50 €	60 €

Allocation de solidarité OBSEQUES	-	750 €	750 €	1 000 €	1 000 €
PREVENTION					
Examen de dépistage du diabète	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Substituts nicotiniques	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Pilules contraceptives non remboursées	-	30 €	60 €	70 €	85 €
Bilan du langage oral (- 14 ans)	-	-	OUI	OUI	OUI
Dépistage auditif (+ 50 ans)	-	-	OUI	OUI	OUI
Vaccins non pris en charge	-	-	-	OUI	OUI
Ostéodensimétrie (+ 50 ans)	-	-	-	OUI	OUI
ASSISTANCE MEDICALE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (tarif de convention, tarif de responsabilité, tarif d'autorité) de la Sécurité sociale et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire, à l'exception de : la chambre particulière, les frais d'accompagnant, les frais d'ostéopathie, la visite du sport, la prothèse (dentaire, optique, auditive) non remboursée, la pilule contraceptive, certains actes de prévention, la chirurgie optique.

Elles sont accordées dans la limite des frais réels (sauf les allocations). Un seul niveau de formule de base doit être souscrit pour une même famille.

Les montants figurant dans ce tableau sont annuels et représentent des plafonds par bénéficiaire. Ils ne peuvent être dépassés ni reportés.

Des garanties optionnelles

Ces garanties peuvent être souscrites en complément de la formule principale choisie. Les montants correspondants viennent s'ajouter aux montants et garanties prévues par la garantie de la formule principale.

Elles peuvent être combinées entre elles avec un maximum de cinq garanties optionnelles souscrites simultanément.

Le choix d'une garantie optionnelle s'exerce à tout moment de la vie du contrat avec une date d'effet fixée à la date de souscription de la garantie optionnelle.

La formule « jeune actif » ne permet pas de souscrire de garantie optionnelle.

DETAIL DES GARANTIES OPTIONNELLES	JEUNE ACTIF	ESSENTIELLE	CONFORT	PLENITUDE	PRESTIGE
RENFORT DENTAIRE REMBOURSE					
forfait annuel supplémentaire par assuré	NON	3% PMSS	4% PMSS	5% PMSS	6% PMSS
RENFORT OPTIQUE REMBOURSE					
Forfait annuel (M+V+L) supplémentaire ou supplément chirurgie optique par assuré	NON	50 €	75 €	100 €	125 €
RENFORT AUTO-MEDICATION					
Forfait annuel médicaments non prescrits Homéopathie Bilan allergique Bilan nutritionnel en milieu hospitalier	NON	4% PMSS soit 110,92 € en 2008	4% PMSS soit 110,92 € en 2008	6% PMSS soit 166,38 € en 2008	6% PMSS soit 166,38 € en 2008

Les prestations sont accordées dans la limite des frais réels. Les montants dans ce tableau sont annuels et représentent des plafonds complémentaires. Ils ne peuvent pas être reportés.

D'autres garanties optionnelles peuvent être souscrites. Elles figurent alors dans les Dispositions Particulières.

Des garanties « bonus fidélité »

Vos garanties sont majorées automatiquement, ce qui améliore votre niveau de couverture, lors du renouvellement des échéances annuelles suivantes :

DETAIL DES MAJORATIONS DE GARANTIES	JEUNE ACTIF	ESSENTIELLE	CONFORT	PLENITUDE	PRESTIGE
FRAIS D'OPTIQUE					
Montures, verres et lentilles remboursés					
3ème année	100% + 70€	RSS+140 €	RSS+ 210€	RSS+ 310€	RSS+ 410€
à partir de la 5ème année	100% + 90€	RSS+150 €	RSS+ 220€	RSS+ 320€	RSS+ 420€
ART DENTAIRE					
Prothèses et orthodontie remboursées					
3ème année	150%	225%	330%	375%	500%
à partir de la 5ème année	200%	250%	360%	400%	550%

1. Les garanties d'assurance

1.1 Objet du contrat

Le contrat Santé Créole a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

Pour les soins et les prothèses dentaires, les dépenses ainsi que les dates de proposition et d'exécution des travaux doivent être également situées dans la période de garantie qui peut intégrer un délai d'attente.

Ce contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits "contrats responsables" (article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et différents décrets et arrêtés).

Ainsi, dans le parcours de soins, le contrat doit notamment prendre en charge :

- au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale des honoraires des médecins,
- au moins 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale,
- au moins 35 % de la Base de Remboursement de la sécurité Sociale pour les frais d'analyse ou de laboratoire,
- la totalité du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention figurant sur la liste ministérielle du 8 juin 2006.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimaux mentionnés ci-dessus sont réduits afin que notre prise en charge ne puisse excéder les frais réellement exposés.

Hors parcours de soins, le contrat responsable ne rembourse pas :

- la majoration du ticket modérateur en application de l'article L 162-5-3du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant,
- les dépassements d'honoraires prévus à l'article L 162-5-18 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, le contrat responsable ne prend pas en charge :

- la contribution forfaitaire mentionnée au II de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- le montant de la franchise instaurée en application du III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires régissant les "contrats responsables", les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'assuré.

1.2 Dépenses de soins remboursées

Dans les conditions et les limites de la garantie indiquée **aux Dispositions Particulières**, nous garantissons :

> Le remboursement des frais médicaux suivants

- Les consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens et auxiliaires médicaux.
- Les frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale dans les établissements conventionnés et non conventionnés : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier, chambre particulière et frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 18 ans.
- Les actes de radiologie.
- Les analyses et prélèvements.
- Les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie.
- Les appareils d'orthopédie, de prothèse et d'optique.
- La pharmacie.
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté.
- La cure thermale effectuée dans les établissements agréés par la Sécurité Sociale.
- La rééducation fonctionnelle sous réserve de prise en charge par le Régime Obligatoire.
- **Le remboursement d'au moins 2 actes de prévention** dans les conditions prévues par la loi du 13 août 2004 et l'arrêté du 8 juin 2006. Les actes de prévention remboursés par le régime obligatoire mais ne figurant pas dans cette liste continuent à être remboursés par votre contrat.

> Le versement de forfaits annuels dans la limite des frais réellement engagés (sauf pour l'allocation de solidarité Obsèques et l'allocation de naissance ou d'adoption)

Le forfait correspond au plafond annuel de remboursement par assuré pour la garantie de la formule que vous avez choisie. Dans ce forfait, nos remboursements sont effectués dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Il peut s'agir :

- d'un forfait pour la chambre particulière en cas d'hospitalisation ou pour les frais induits par l'accompagnement d'un enfant hospitalisé de moins de dix-huit ans.
- d'un forfait journalier égal à 10% du prix d'un billet A/R Réunion – métropole en cas d'hospitalisation en métropole décidée et prise en charge par la Sécurité Sociale (prix du billet fixé à 960 euros).
- d'un forfait pour les actes d'ostéopathie réalisés par un Ostéopathe diplômé « D.O ».
- d'un forfait « visite du sport » pour un assuré licencié dans une discipline sportive.
- d'un forfait optique en complément du remboursement des verres, des montures et des lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire.
- d'un forfait pour les lentilles correctives refusées par le Régime Obligatoire si elles ont été prescrites par un médecin.
- d'un forfait complémentaire par oeil pour la chirurgie réfractive réalisée sur prescription médicale.
- de forfaits pour la réalisation de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'implantologie et de parodontologie non remboursés par le régime obligatoire.
- d'un forfait pour la poursuite d'un programme de fécondation in vitro ou la réalisation d'une amniosynthèse,
- de forfaits complémentaires pour les frais de prothèses auditives, capillaires, orthopédiques, mammaires, oculaires médicalement prescrites et remboursées par le régime obligatoire.
- de forfaits pour certaines prothèses auditives non remboursées mais prescrites.
- des forfaits pour la prise en charge d'actes de prévention remboursés ou non par le Régime Obligatoire dont : le sevrage tabagique, les vaccins (anti grippal ou autres), le dépistage du diabète.
- d'un forfait pour la pilule contraceptive prescrite par un médecin mais non remboursée par le régime obligatoire.

- Un forfait en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant. Ce forfait est doublé en cas de naissance gémellaire ou d'adoption simultanée de plus d'un enfant. L'enfant (ou les enfants) doit (vent) être assuré (s) dans le mois suivant l'évènement pour prétendre à ce forfait.

- Un forfait en cas de décès accidentel ou des suites d'une maladie du souscripteur du contrat avant l'âge de 65 ans. Ce forfait est versé à ses bénéficiaires ou à ses ayants-droits désignés par lui.

> Les limitations

- Limitation de l'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie et assimilée) :

L'hospitalisation en psychiatrie est prise en charge dans la limite de 30 jours par année d'adhésion, sur la base de 100 % du tarif de responsabilité. Notre prestation est versée selon la formule souscrite sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire avec prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

- Limitation de l'hospitalisation à domicile :

L'hospitalisation à domicile, avec accord de la Sécurité Sociale et en continuation d'un séjour hospitalier garanti par nos soins est prise en charge dans la limite de 90 jours par année d'adhésion (sur la base de 100 % du tarif de responsabilité et sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire).

- Pharmacie :

Les spécialités pharmaceutiques doivent être prescrites par un médecin, et le régime obligatoire doit rembourser une partie des frais, sauf si la garantie optionnelle « renfort médication » a été souscrite.

La garantie s'entend en frais réels sauf si un générique de la molécule prescrite est disponible, le supplément éventuel de coût engendré par l'achat par l'assuré d'un médicament de marque (princeps) au lieu du générique équivalent n'est pas pris en charge.

- Art dentaire :

Concernant les formules « Plénitude » et « Prestige » un plafond annuel de dépense totale par assuré s'applique pour les prothèses, orthodontie et implants, dont le montant est précisé dans les dispositions particulières.

- Allocation obsèques :

Au-delà de 65 ans (calculé par différence de millésime), l'allocation de solidarité Obsèques n'est plus garantie par le contrat.

1. 3 L'assurance du nouveau né

Le nouveau-né est assuré immédiatement à la condition que l'un des parents ait souscrit le contrat depuis au moins 6 mois et que la demande d'assurance nous soit adressée au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande et les délais d'attente seront alors applicables.

Le bulletin de naissance doit être produit comme justificatif de l'événement.

1. 4 Etendue territoriale de la garantie

La garantie du contrat s'exerce à la Réunion et en France métropolitaine.

Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées hors de France lorsque le Régime Obligatoire français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est effectué en euros.

1. 5 Délais d'attente

Les garanties de votre contrat sont, pour la plupart, acquises immédiatement.

Dans quelques cas, nous intervenons après un délai d'attente :

- De trois mois en cas d'hospitalisation pour maladie (forfait hospitalier, chambre particulière, honoraires et examens, frais de séjour, frais d'accompagnant),
- De six mois pour la maternité et pour les prothèses dentaires remboursées par votre régime obligatoire,
- De douze mois pour l'allocation de solidarité obsèques, le thermalisme, la prise en charge des actes de parodontologie et d'implantologie,

Ce délai d'attente est appliqué à partir de la date d'effet indiquée aux Dispositions Particulières sauf mentions contraires.

Cas particuliers :

- En cas de diminution des garanties en cours de contrat, les délais d'attente ne sont pas reconduits pour l'assuré à compter de la date d'effet de l'avenant.
- En cas de souscription d'une garantie optionnelle de type « renfort », un délai d'attente incompressible de six mois s'applique pour cette garantie à compter de la date d'effet.

1. 6 Carte de Tiers-Payant

Une carte de tiers-payant, électronique ou non, peut être délivrée à l'assuré, avec les Dispositions Particulières du contrat.

Elle est la propriété de l'assureur et devra être restituée à la résiliation du contrat. L'utilisation de cette carte n'est acquise, sous peine de poursuites judiciaires, que si le contrat est non résilié et est à jour de paiement. L'assureur a la possibilité de suspendre l'utilisation de cette carte sans que les garanties soient suspendues en cas de non paiement de la cotisation.

La carte de tiers payant devra être présentée systématiquement chez les professionnels de santé conventionnés. Cette carte est une carte d'ouverture de droits, la décision d'accorder ou non la dispense d'avance des frais reste du choix du professionnel de santé en fonction des accords conventionnels passés.

2. Les services d'assistance

2.1 Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance Santé Créole. Elle détermine les prestations qui seront garanties par EUROP ASSISTANCE, entreprise régie par le code des assurances aux Bénéficiaires du contrat Santé Créole souscrit auprès de Prudence Créole entré en vigueur à compter du 01 juin 2008.

La présente convention d'assistance Santé Créole a pour objet de préciser les obligations d'EUROP ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

> Définitions propres à l'Assistance

Europ Assistance

Par Europ Assistance, il faut entendre EUROP ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 23 601 857 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, Europ Assistance est remplacé par le terme « Nous ».

Groupe Austral Assistance

Par convention, Europ Assistance délègue à « Groupe Austral Assistance », son Prestataire à l'île de la Réunion, l'organisation matérielle et la gestion des prestations de la présente convention d'assistance

Groupe Austral Assistance, société anonyme au capital de 40.000.€, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Saint Denis sous le n°431.323.096, sise 16, rue Albert Lougnon – Technopole de la Réunion - 97490 Sainte Clotilde

Bénéficiaire

Le souscripteur et les ayants droit au contrat d'assurance santé souscrit auprès de Prudence Créole

Dans la présente convention d'assistance les bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire sur l'île de la Réunion, département d'outre mer. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

Hospitalisation

Toute hospitalisation en hôpital ou en clinique prescrite en urgence par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident, et comportant au moins une nuit sur place. Nous nous réservons le droit de demander au Bénéficiaire un justificatif, tel qu'un bulletin d'hospitalisation.

> Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

Validité et durée du contrat

Les garanties d'assistance s'appliquent pendant la période de validité du contrat Santé Créole. Elles cessent de fait si le contrat est résilié.

Conditions d'application

Europ Assistance intervient à la condition expresse que l'événement qui l'amène à fournir la prestation demeure incertain au moment du départ.

Ne peut être ainsi couvert un événement trouvant son origine dans une Maladie et/ou Blessure préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état.

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage à réserver à Europ Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient ou à rétrocéder à Europ Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

Etendue territoriale

Les prestations d'assistance de la présente convention s'appliquent dans l'île de la Réunion.

Exclusions

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, subissant des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, les périodes d'interdiction cycloniques, les situations de grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou tout autre cas de force majeure.

Justificatifs

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition, certificat médical d'arrêt de travail, justificatif de solvabilité etc.).

2.2 Demande d'Assistance

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences. Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de carte Santé Créole.

Pour bénéficier de ces services, il est impératif de nous contacter avant d'engager toute dépense, sous peine de vous voir refuser la prise en charge de vos frais. Les prestataires qui interviennent (aide à domicile, garde d'enfants...) sont choisis par nos soins.

Règles à observer en cas de demande d'assistance

- Pour nous permettre d'intervenir, vous devez :

Nous joindre sans attente par téléphone au numéro :

Depuis la Réunion : 0262 20 48 48 ,

Depuis la métropole ou les DOM : 0262 20 48 48 ,

Depuis l'Etranger : + 262 262 20 48 48

- Obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,
- Vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- Fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

2.3 Prestations d'assistance aux Personnes

2.3.1 Aide ménagère

En cas

- d'hospitalisation de manière imprévue pour 3 jours minimum du bénéficiaire,
 - d'immobilisation au domicile de plus de 3 jours,
- nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour vous venir en aide à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère à concurrence de 10 heures de travail, réparties pendant votre immobilisation ou le mois qui suit la date de votre hospitalisation ou de votre retour à domicile (minimum de 2 heures à la fois).

A défaut de la présentation des justificatifs (bulletin d'hospitalisation, justificatif médical), nous nous réservons le droit de vous refacturer l'intégralité de la prestation.

2.3.2 Garde des enfants

En cas

- d'hospitalisation de plus de 3 jours du bénéficiaire
- d'immobilisation au domicile de plus de 3 jours,

Nous organisons la présence d'une personne compétente et qualifiée et prenons en charge le coût afférent pendant 10 heures maximum pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans à votre Domicile :

La personne que nous enverrons au Domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence des parents. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jour férié, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Conditions d'application de cette garantie et Permanence des heures de service : Le service "Garde d'Enfants " fonctionne du lundi au vendredi, de 8h00 à 19H00 hors jours férié. Toutefois, vous pouvez nous joindre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, afin de formuler votre demande.

Délais de mise en place : Dès réception de votre appel, après la visite du médecin traitant, nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant

Exécution du service : Les prestations "Garde d'Enfants " sont de notre ressort exclusif. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée. Les garanties s'appliquent sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable de son médecin traitant. Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant ; il ne peut effectuer d'actes médicaux outrepassant les compétences reconnues par ses titres professionnels. Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

Conditions médicales et administratives : Vous devrez justifier votre demande par un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant. Dans tous les cas, nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie). Vous devrez communiquer à la personne intervenant sur place, et à nous même, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, afin que les services d'assistance ou l'intervenant puissent le contacter si l'état de l'enfant l'exigeait : vous communiquerez aussi les coordonnées des services d'urgence locaux.

Exclusions, la garantie "Garde d'Enfants " ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Dans le domaine médical : maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile, hospitalisations prévisibles.
- Dans le temps : entre 19H00 et 8h00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents bénéficiaires.

Remarque : le service "Garde d'Enfants " n'est pas conçu pour vos convenances personnelles.

2.3.3 Transport Aller / Retour

En cas

- d'immobilisation au domicile,

D'un enfant bénéficiaire, nous organisons et prenons en charge le voyage en Taxi à concurrence de 120 € maximum d'une personne désignée par vos soins depuis son domicile sur l'île de La Réunion , afin qu'elle se rende auprès de vous et garde vos enfants de moins de 16 ans à votre domicile.

Dans le cas où cette personne ne peut être hébergée à votre domicile, nous organisons et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant 5 nuits à concurrence de 60 Euros TTC par nuit maximum.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « garde d'enfants ».

2.3.4 Accompagnement de vos enfants

En cas

- d'hospitalisation,
- d'immobilisation au domicile,

et lorsque vous vous trouvez dans l'impossibilité de vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons leur voyage jusqu'au domicile d'un proche domicilié sur l'île de La Réunion ou le voyage d'un proche depuis son domicile à La Réunion jusqu'à votre Domicile pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans.

Nous prenons en charge :

- soit le voyage des enfants, jusqu'au domicile de la personne choisie à La Réunion ainsi que le voyage aller/retour de la personne de votre choix ou d'une de nos hôtesses, pour les accompagner,
- soit le voyage aller-retour d'un proche, depuis son domicile à La Réunion jusqu'à votre domicile.

Cette prestation est limitée à 120 € par trajet

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « garde d'enfants »

2.3.5 Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 12 jours ouvrés, nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 10 heures par semaine.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 10ème jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours. Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (11ème) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, espagnol, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie. Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs l'étendue du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire, et dans un délai de 30 jours maximum à compter de la date d'immobilisation.

2.3.6 Présence hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé(e) sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et que nos médecins jugent, à partir des informations communiquées par les médecins locaux, que votre retour ne peut se faire avant 3 jours (pour un enfant de moins de 16 ans, le délai est ramené à 48 heures), nous organisons et prenons en charge le voyage aller et retour d'une personne de votre choix résidant à la Réunion afin qu'elle se rende à votre chevet. La prise en charge est limitée à 120 euros par trajet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 5 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 60 Euros TTC par nuit.

2.3.7 Confort hospitalier

Vous êtes hospitalisé(e) de manière imprévue pour 3 jours minimum à la suite d'une maladie ou d'un accident survenus à domicile :

Nous prenons en charge les frais de location d'un téléviseur à concurrence de 80 Euros TTC pour la durée de votre séjour à l'hôpital.

2.3.8 Mise à disposition d'un véhicule médical

En cas

- d'hospitalisation,
- d'immobilisation au domicile,

et hors cas d'urgence, nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix. La course jusqu'au centre de soins ou d'examen reste à votre charge.

En cas d'urgence, vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, Pompiers,...) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

2.3.9 Livraison de médicaments à domicile

Vous êtes immobilisé(e) à domicile, à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un accident.

Lorsqu'un médecin vient de vous prescrire, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, nous allons les chercher en urgence dans une officine de pharmacie proche de votre domicile (ou pharmacie de garde) et nous vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course dans la limite de 120 €. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

2.3.10 Envoi d'un médecin

En cas d'immobilisation au domicile et hors cas d'urgence, vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible, nous vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre domicile.

Le choix du praticien et la décision finale vous appartiennent. Les frais de consultations et de déplacement sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les secours prévus localement.

2.3.11 Transport d'animaux

Si à la suite

- d'une hospitalisation,
- d'une immobilisation au domicile,

vous n'êtes plus en mesure de vous occuper de vos animaux de compagnie (chien ou chat), nous organisons et prenons en charge à concurrence de 120 € le voyage retour de l'animal jusqu'à l'établissement de garde approprié proche de votre domicile, ou jusqu'au domicile d'un proche résidant sur l'île de La Réunion.

Cette prestation est soumise au respect des conditions de transport définies par les prestataires que nous sollicitons (vaccinations à jour...) et dans tous les cas elle sera rendue sous réserve que vous nous communiquiez les éléments et documents demandés notamment par le service des douanes ou les compagnies aériennes.

Elle ne peut être fournie que si vous ou une personne autorisée par vous peut accueillir le prestataire au lieu de prise en charge choisi.

2.3.12 Soutien psychologique

En cas :

- d'hospitalisation,
- d'immobilisation à domicile,

nous mettons à votre disposition, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, vous permettra de vous confier et de clarifier la situation à laquelle vous êtes confronté suite à cet événement. Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez vous, un psychologue diplômé d'état choisi par vous parmi 3 noms de praticiens que nous vous aurons communiqués. Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous après vous avoir proposé le choix entre plusieurs praticiens proches de votre domicile. Le choix du praticien appartient à vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

2.4 Dispositions générales de l'Assistance

2.4.1 Exclusions relatives à l'Assistance aux Personnes

Outre les Exclusions Générales figurant au chapitre 3.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,
- les conséquences des catastrophes naturelles,
- les maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et leurs conséquences (accouchement compris), et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 36e semaine d'aménorrhée et leurs conséquences (accouchement compris),
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les hospitalisations prévues, et frais en découlant,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs éventuelles conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférant,
- les recherches de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,

- les frais de restaurant, les frais de douane.

Sont également exclus : les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par la présente convention d'assistance, les frais non justifiés par des documents originaux, les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule, les frais de carburant et de péage.

2.4.2 Circonstances exceptionnelles

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence. Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution des prestations, résultant :

- de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de délais et/ou d'impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- des recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes,
- de la non-disponibilité aérienne et des contraintes administratives inhérentes au pays de destination ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

2.4.3 Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

2.4.4 Loi informatique et libertés

Dans le cadre de la gestion des demandes d'assistance Europ Assistance est amenée à recueillir auprès des Bénéficiaires des données personnelles protégées par la loi n°78 -17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés.

A ce titre, les Bénéficiaires sont informés que les données personnelles les concernant peuvent être transmises : aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec Europ Assistance pour l'exécution de tâches se rapportant directement au traitement des demandes d'assistance ; à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à Europ Assistance.

En application de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée, les Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute donnée personnelle les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de Europ Assistance, de ses mandataires et personnes visées ci-avant. Ces droits peuvent être exercés auprès d'Europ Assistance, 1 Promenade de la Bonnette, 92 633 Gennevilliers cedex.

Europ Assistance s'interdit de divulguer les informations susvisées directement ou indirectement à des tiers non autorisés.

3. Les exclusions du contrat

3.1 Les exclusions des garanties

Les exclusions ci-après sont applicables aux garanties d'assistance et à la garantie d'assurance des frais de soins.

> Ne sont jamais garantis :

- Les maladies ou accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :
 - d'un acte intentionnel, d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
 - de la participation volontaire à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes, grèves ou mouvements populaires, rixes ou voies de fait sauf en cas d'assistance à personnes en danger,
 - de la guerre civile ou étrangère,

- de la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
 - de la pratique de sports, soit à titre professionnel, soit à titre d'amateur dans des compétitions,
 - de la pratique des sports aériens et apparentés (deltaplane, saut à l'élastique, parachutisme, parapente, ULM).
 - de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
 - d'incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent
 - d'un séjour à l'étranger d'une durée supérieure à 90 jours consécutifs, sauf dispositions contraires figurant aux Dispositions Particulières.
- Les cas dans lesquels nous ne recevons pas les justificatifs nécessaires attestant de votre situation.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements à l'exécution de nos obligations, résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que l'instabilité politique notoire, la restriction à la libre circulation des personnes et des biens, les grèves, les explosions, les catastrophes naturelles, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de ces mêmes causes.

4. La vie du contrat

4.1 Vos déclarations

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

> Que devez-vous nous déclarer ?

À la souscription :

Vous devez répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant dans la proposition d'assurance et fournir les justificatifs de situation familiale (certificat de concubinage notoire, déclaration du pacte civil de solidarité, certificat de scolarité pour les enfants de plus de seize ans, personnes à charge au sens de la Sécurité Sociale).

En cours de contrat :

Vous devez nous déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- Un changement de domicile.
- Un changement de situation familiale (naissance, mariage, décès).
- Un changement de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie (ajout ou retrait d'un ayant-droit par exemple).

Vous devez nous fournir à chaque nouvelle rentrée scolaire un certificat de scolarité pour tous les enfants de plus de seize ans inscrits sur le contrat.

Vous devez, au moins une fois par an, mettre à jour toutes vos cartes « SESAM-VITALE » : personnelle, de votre conjoint ou de vos enfants à charge et nous informer en cas de fermeture des droits du régime obligatoire.

Ces déclarations et documents doivent parvenir à notre siège social ou à notre représentant, de préférence par lettre recommandée, dans les 15 jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements.

À la souscription ou en cours de contrat :

Vous devez nous déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès d'autres assureurs.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous, entraînent l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

4.2 Formation, durée, résiliation

Le contrat est régi par le Code des assurances selon les modalités prévues aux articles précisés dans le texte qui suit.

> Quand le contrat prend-il effet ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

> Quelle est la durée du contrat ?

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières par une mention en caractères très apparents figurant juste au-dessus de votre signature. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique. Il peut être dénoncé par vous, moyennant un préavis d'un mois au moins avant la date d'échéance annuelle. La garantie est accordée à vie.

> Comment résilier le contrat ?

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau ci-dessous.

Formes de la résiliation :

Lorsque la résiliation est de **votre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé au siège ou chez le représentant de notre Société avec retour obligatoire des cartes de tiers-payant qui seraient en votre possession.

Lorsque la résiliation est de **notre fait**, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

Date d'envoi de la lettre de résiliation :

Pour **Vous** : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Pour **Nous** : la date retenue est la date de réception chez vous de la lettre de résiliation.

Conséquences de la résiliation :

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Toutefois, si la formule de garantie souscrite prévoit une garantie "Indemnité de naissance", celle-ci est due pour toute naissance survenue dans les neuf mois suivant la date d'effet de la résiliation.

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	VOUS	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale prévue aux Dispositions Particulières.	Au jour de l'échéance principale à 0 heure.
Changement de situation matrimoniale, de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	VOUS ET NOUS	VOUS : dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement. NOUS : dans les 3 mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous en informant.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ou réglementaire.	VOUS	Dans le mois qui suit la date où vous avez eu connaissance de cette augmentation.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
En cas de diminution du risque et que nous ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L 113-4).	VOUS	Dans le mois où vous avez eu connaissance de vos nouvelles garanties et tarifs.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation.
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre (article R 113-10).	VOUS	Dans le mois qui suit l'envoi de notre lettre de résiliation du contrat résilié.	1 mois après l'envoi de votre lettre de résiliation du présent contrat.
Redressement ou liquidation judiciaire (article L 113-6).	L'ADMINISTRATEUR OU LE LIQUIDATEUR ET NOUS	Dans les 3 mois à partir de la date de redressement ou de liquidation	L'Administrateur ou le liquidateur : le jour de l'envoi de la lettre de résiliation. Nous : 1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Non-paiement des cotisations (article L 113-3).	NOUS	Au plus tôt 10 jours après l'échéance.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Omission ou inexactitude dans la déclaration des risques (article L 113-8).	NOUS	Dès que nous en avons connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.

Retrait total de l'agrément de notre société.	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40 ^{ème} jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait de l'agrément administratif de notre société.
Décès du souscripteur.	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		À l'échéance suivante. S'il y a plusieurs assurés, le contrat est adapté à cette échéance pour assurer un maintien des garanties.
Adhésion collective obligatoire	VOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Ouverture des droits CMU Complémentaire par le régime obligatoire	VOUS	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement.	1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.
Départ de la Réunion pour une durée supérieure à un an	RÉSILIATION DE PLEIN DROIT		Au bout d'un an.

> Comment modifier son contrat ?

Le souscripteur a la possibilité d'opter pour une formule de garanties plus réduites, après une année d'assurance, moyennant un préavis d'un mois avant la date d'échéance annuelle par lettre recommandée .

Le souscripteur dispose en outre de la faculté de demander une formule de base plus favorable, toujours avant le l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'au moins deux mois, et sous réserve de l'acceptation par l'assureur ; dans ce cas, les délais de carence lui sont le cas échéant appliqués pour les prestations résultant de l'amélioration des garanties.

En cas de modification de sa situation personnelle ayant une incidence sur la formule de garanties qu'il a choisie (changement d'activité professionnelle, de domicile, de situation de famille ou cessation d'activité professionnelle), l'assuré peut demander, dans les trois mois suivant l'événement, une modification de sa formule, qui prendra effet, sous réserve d'acceptation par l'assureur et de l'application éventuelle de délais d'attente, à la prochaine échéance de cotisation.

4.3 Cotisations

La cotisation est fixée à la souscription en fonction de la formule de base choisie, des garanties optionnelles retenues, de votre âge (calculé par différence de millésimes entre l'année d'effet et l'année de naissance), du nombre de personnes inscrites et de votre Régime Obligatoire.

Elle ne dépend pas de votre état de santé.

> Variation de la cotisation

En cours de contrat, la cotisation évolue à chaque échéance principale en fonction de l'âge de l'assuré.

La cotisation peut aussi varier en cas de souscription ou de radiation d'une ou plusieurs garanties optionnelles.

La cotisation évolue aussi en fonction de l'augmentation des dépenses de santé de notre portefeuille de contrats.

> Révision du tarif

Le tarif sera révisé annuellement en fonction de l'évolution de ces critères et pour les motifs suivants :

Motifs techniques, législatifs ou réglementaires	Date d'effet des révisions
Résultats techniques La cotisation peut être révisée en fonction des résultats techniques du portefeuille des contrats.	À l'échéance principale
Modification de remboursement de votre Régime Obligatoire La cotisation peut être révisée en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global.	À l'échéance qui suit la modification.
Evolution des dépenses de santé La cotisation évolue contractuellement chaque année de 2%. A ce taux s'ajoute l'augmentation due à l'évolution de la	À l'échéance principale

consommation médicale totale, telle qu'elle résulte du rapport annuel de la commission des comptes de la Sécurité Sociale.	
Modification des taxes d'assurance La cotisation peut être révisée selon l'impact des décisions des pouvoirs publics.	À l'échéance qui suit la modification.

> Paiement de la cotisation

La cotisation se paie annuellement et d'avance au Siège, à l'agence ou à l'adresse commerciale du représentant de la Compagnie. Vous pouvez bénéficier d'un paiement fractionné de cette cotisation.

Si vous ne payez pas la cotisation dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons - indépendamment de notre droit de vous poursuivre en justice - vous adresser une lettre recommandée valant mise en demeure à votre dernier domicile connu. Les garanties de votre contrat seront alors suspendues trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garanties entraîne, pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents et à des maladies survenus pendant la période de suspension.

Nous avons le droit de résilier votre contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours précité, par une nouvelle lettre recommandée. Dans ce cas, nous conserverons, à titre de dommages et intérêts, la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

> Prélèvement

Si vous avez opté pour le prélèvement des cotisations, sachez que ce prélèvement cessera dès que deux prélèvements seront successivement refusés par votre établissement bancaire.

L'intégralité de la cotisation annuelle déduction faite des fractions déjà payées, deviendra alors immédiatement exigible.

4.4 Règlement des prestations

> Quelles sont vos obligations ?

Toutes les pièces concernant un accident ou une maladie doivent nous être remises trois mois au plus tard après la fin du traitement. Si le traitement dure plus de trois mois, vous devez nous prévenir au plus tard le quatrième mois.

En cas de non respect de ces obligations, sauf cas de force majeure, la garantie ne vous sera pas acquise, dès lors que ce retard nous aura causé un préjudice.

> Justificatifs à produire

Pour obtenir le remboursement, il vous suffit d'envoyer les décomptes du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui vous ont été servies lorsque vous avez effectué l'avance des frais. Les décomptes reçus pour des soins réglés directement aux professionnels de santé ne doivent pas nous être envoyés.

L'adresse à laquelle il faut faire parvenir les justificatifs est la suivante :

RAM_GAMEX
Section « TIERS DELEGUE »
Immeuble Europa
2 Allée Bonnier – BP 793
97476 SAINT DENIS CEDEX

Seuls les décomptes originaux ou certifiés conformes aux originaux tiennent lieu de justificatifs.

Toutefois, nous nous réservons le droit de demander directement ou par l'intermédiaire de notre délégataire de gestion tout autre justificatif qui nous semblerait nécessaire (factures détaillées, notes d'honoraires...).

L'assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.

> L'expertise

1. Renseignements supplémentaires

- Notre médecin conseil peut vous demander tout renseignement complémentaire sur la maladie ou l'accident traité, il peut être amené à vous demander de répondre à un questionnaire ou de fournir des documents médicaux spécifiques.
- Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin traitant.

2. Expertise

- En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.
- Chacun de nous choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

> Remboursement des prestations

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de la garantie que vous avez souscrite et qui figure aux Dispositions Particulières du contrat.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire. Les prestations sont réglées dans les quinze jours qui suivent soit la remise des justificatifs, soit l'accord amiable, soit la décision judiciaire exécutoire.

Le règlement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, notamment en optique et pour les actes de prévention.

4.5 Subrogation

En vertu du Code des assurances, nous sommes subrogés dans vos droits et actions envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité versée par nous.

Europ Assistance est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

4.6 Prescription

Toutes les actions concernant ce contrat, qu'elles émanent de vous ou de nous, ne peuvent être exercées que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par :

- Désignation d'expert.
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre.
- Saisine d'un tribunal, même en référé.
- Toute autre cause ordinaire.

Si vous avez souscrit les garanties de manière dolosive ou frauduleuse, les sanctions prévues au Code des assurances sont applicables.

5 Programme de fidélisation

Le programme de fidélisation associé à ce contrat vous permet d'accumuler des points durant la vie de votre contrat et d'obtenir ensuite des cadeaux ou des avantages en échange de ces points. Un solde de vos points est établi au début de chaque année civile. Il vous est communiqué directement par courrier ou mis à votre disposition.

5.1 Règlement du Programme Fidélité Santé Prudence Créole

> ARTICLE 1 : Eligibilité

Le programme Fidélité Santé est organisé par La Prudence Créole à destination exclusive des clients (assuré principal et ayant-droits) qui auront accepté d'y prendre part, détenteurs d'un contrat complémentaire santé actif souscrit auprès de Prudence Créole directement ou par un intermédiaire d'assurances; à l'exclusion du personnel administratif et du personnel commercial (salariés et non-salariés) de Prudence Créole et de ses intermédiaires.

> ARTICLE 2 : Participation

La participation au programme Fidélité Santé est totalement libre.

Les points acquis ne pourront faire l'objet d'aucune demande de rachat pécuniaire ou d'échange contre un autre avantage que ceux figurant dans la liste des « cadeaux et avantages exclusifs du programme Fidélité Santé ».

> ARTICLE 3 : comment gagner les points

A chaque type de contrat souscrit est attribué un nombre de points précis lors de la souscription ou de l'entrée du contrat dans le programme :

- souscription d'un contrat SANTE CREOLE JEUNE ACTIF = 10 points,
- souscription d'un contrat SANTE CREOLE ESSENTIEL = 15 points,
- souscription d'un contrat SANTE CREOLE CONFORT = 15 points,
- souscription d'un contrat SANTE CREOLE PLENITUDE = 20 points,
- souscription d'un contrat SANTE CREOLE PRESTIGE = 25 points,
- souscription d'une option SANTE CREOLE RENFORT = 05 points,
- souscription d'un contrat PRUDENCE SANTE TM = 15 points,
- souscription d'un contrat PRUDENCE SANTE CONFORT = 20 points,
- souscription d'un contrat PRUDENCE SANTE LUXE = 25 points,

Le nombre de points acquis est doublé si l'assuré détient déjà un contrat actif soit automobile, soit MRH,

Le nombre de points acquis est triplé si l'assuré détient déjà un contrat automobile et un contrat MRH actifs,

A chaque date anniversaire de votre contrat santé, votre compte fidélité est crédité de la manière suivante :

- pour un contrat SANTE CREOLE JEUNE ACTIF = 10 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE ESSENTIEL = 10 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE CONFORT, PLENITUDE ou PRESTIGE = 15 points,
- pour un contrat PRUDENCE SANTE TM, CONFORT ou LUXE = 15 points,

A la date du 3^{ème} anniversaire de la souscription de votre contrat santé ou de l'entrée de votre contrat dans le programme, votre compte fidélité est crédité en complément du montant annuel normal de :

- pour un contrat SANTE CREOLE JEUNE ACTIF = 15 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE ESSENTIEL = 15 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE CONFORT ou PLENITUDE = 30 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE PRESTIGE = 40 points,
- pour un contrat PRUDENCE SANTE TM ou CONFORT = 30 points,
- pour un contrat PRUDENCE SANTE LUXE = 40 points.

A la date du 5^{ème} anniversaire de la souscription de votre contrat santé ou de l'entrée de votre contrat dans le programme, votre compte fidélité est crédité en complément du montant annuel normal de :

- pour un contrat SANTE CREOLE JEUNE ACTIF = 25 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE ESSENTIEL = 25 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE CONFORT ou PLENITUDE = 45 points,
- pour un contrat SANTE CREOLE PRESTIGE = 60 points,
- pour un contrat PRUDENCE SANTE TM ou CONFORT = 45 points,
- pour un contrat PRUDENCE SANTE LUXE = 60 points.

Lorsque vous parrainez la souscription d'un nouveau contrat santé par une personne de votre connaissance, votre compte fidélité est crédité de la manière suivante :

- parrainage d'un contrat SANTE CREOLE JEUNE ACTIF = 50 points,
- parrainage d'un contrat SANTE CREOLE ESSENTIEL = 60 points,
- parrainage d'un contrat SANTE CREOLE CONFORT = 70 points,
- parrainage d'un contrat SANTE CREOLE PLENITUDE = 80 points,
- parrainage d'un contrat SANTE CREOLE PRESTIGE = 90 points.

> ARTICLE 4 : Attribution et transfert

Les points gagnés pour les motifs : ADHESION NOUVELLE, ENTREE DU CONTRAT DANS LE PROGRAMME, POINTS ANNIVERSAIRE au cours de l'année civile seront crédités sur le compte fidélité de l'assuré principal du contrat santé.

Les points gagnés par action de parrainage seront crédités sur le compte du parrain lui-même.

Le titulaire d'un compte fidélité peut demander le transfert de ses points sur un des autres comptes fidélité rattachés au même contrat Complémentaire Santé par courrier simple signé et remis à l'organisateur au moins 15 jours avant la date d'échéance annuelle. Le transfert est obligatoirement du montant total des points. Il est effectif à la date d'échéance annuelle.

> ARTICLE 5 : Validité des points

Les points acquis au cours de l'année civile sont validés au 31 décembre de l'année en cours. Ils deviennent alors immédiatement utilisables et le demeurent sans limite de durée tant que le contrat complémentaire santé n'est pas résilié. Après résiliation du contrat, le(s) titulaire(s) du(es) compte(s) fidélité dispose(nt) alors de quatre-vingt-dix jours pour les employer. Passé ce délai, les points non utilisés (validés ou en cours) seront détruits et le(s) compte(s) fidélité rattaché(s) fermé(s).

> ARTICLE 6 : Définition du parrainage

S'entend par parrainage l'action de recommander à une personne de sa connaissance la souscription d'un contrat complémentaire santé auprès de la Prudence Créole ou auprès de ses intermédiaires. Cette recommandation est validée par la présentation d'un bulletin de parrainage pré-rempli signé par le nouveau souscripteur le jour de la conclusion du contrat.

> ARTICLE 7 : Liste des cadeaux et avantages

Chaque année avant le 15 janvier, l'organisateur actualise et diffuse la liste des « cadeaux et avantages exclusifs du programme Fidélité Santé ». Cette liste est disponible sur le site : <http://fidelite.prudencecreole.com>. La liste est aussi disponible dans les bureaux et remise sur simple demande d'un client participant.

> ARTICLE 8 : Consultation du compte

Les participants peuvent obtenir le solde des points de leur compte à tout moment, soit en se connectant sur le site Internet : <http://fidelite.prudencecreole.com> avec leur identifiant et leur mot de passe personnel, soit en demandant dans tous les bureaux de l'organisateur et de ses intermédiaires (équipés) la lecture de leur carte « Santé Créole » et l'édition d'un ticket indiquant le solde des points disponibles.

> ARTICLE 9 Comment utiliser les points

Les participants choisissent dans la liste des « cadeaux et avantages exclusifs du programme Fidélité Santé » les cadeaux qu'ils souhaitent échanger contre leurs points. Ce choix doit être indiqué auprès de leur conseiller habituel en assurances dans les bureaux de l'organisateur, à l'aide du formulaire prévu à cet effet, daté et signé par le participant.

> ARTICLE 10 : Règlement du tirage au sort annuel

Organisation :

La Société Anonyme PRUDENCE CREOLE GROUPE GENERALI, 32 Rue Alexis de Villeneuve 97400 ST DENIS, SA au capital de 6 164 000 € organise chaque année à une date qui sera précisée par l'organisateur avant le 15 janvier de l'année concernée, un jeu gratuit sans obligation d'achat intitulé « **Tirage Annuel Santé Créole** ».

Participation :

Ce tirage au sort est ouvert à toute personne majeure ou mineure émancipée résidant à la Réunion; à l'exception du personnel de l'organisateur, du personnel de sa filiale BOURBON COURTAGE et du personnel des Agents et Courtiers. La participation au concours implique l'acceptation par les participants des termes du présent règlement.

Modalités :

Il suffit pour participer de compléter le bulletin de participation disponible dans les agences Prudence Créole et de glisser le bulletin dans l'urne prévue à cet effet (participation limitée à un seul bulletin par personne, même nom, même adresse). Les bulletins des adhérents du programme Fidélité seront automatiquement intégrés aux autres bulletins avant le tirage. A l'issue du jeu, le tirage au sort sera effectué à la date indiquée au siège social de La Prudence Créole pour déterminer le gagnant du ou des lots mis en jeu en présence de Maître Bonnafous, huissier.

Le bulletin devra être intégralement rempli, lisible et non raturé, à défaut, il ne sera pas pris en compte lors du tirage.

Dotations :

Un billet d'avion aller et retour Réunion-Paris pour une personne sur la base du tarif basse saison en vigueur de la compagnie Air Austral. La Prudence Créole se réserve le droit d'ajouter d'autres lots supplémentaires. Ces éventuels lots supplémentaires seront alors mentionnés sur la liste affichée.

Désignation des gagnants et attribution des dotations :

Les personnes qui auront gagné seront informées par courrier sous 15 jours. Le lot gagné leur sera remis au siège de Prudence Créole. Les gagnants autorisent l'organisateur à communiquer leur nom et leur ville de résidence dans le cadre de la communication faite autour du jeu, sans que cette utilisation puisse ouvrir d'autres droits que le lot gagné. Les cadeaux seront à retirer avant le 30 juin, un lot non retiré après cette date par son gagnant pourra alors être remis en jeu lors du prochain tirage ou l'organisateur pourra en disposer souverainement.

Dépôt légal :

Le règlement du tirage est déposé chez Maître Bonnafous, huissier de Justice au 26 Bis rue Vallon Hoarau - Le Tampon (974). Le règlement peut être modifié à tout moment par l'organisateur sous la forme d'un avenant, dans le respect des conditions énoncées. L'avenant sera déposé chez Maître Bonnafous dépositaire du règlement. Ce dernier est adressé gratuitement à toute personne en faisant la demande écrite à l'adresse suivante : PRUDENCE CREOLE, 32 Rue Alexis de Villeneuve 97400 ST DENIS. Le timbre nécessaire à la demande de règlement par courrier sera remboursé sur la base du tarif lent "lettre" en vigueur. Une seule demande de remboursement par participant inscrit au concours (même nom et même adresse) sera prise en compte.

Litiges et responsabilités :

La participation à ce tirage implique l'acceptation sans réserve du règlement dans son intégralité. Toute déclaration inexacte ou mensongère entraînera la disqualification du participant. Prudence Créole pourra annuler tout ou partie du jeu s'il apparaît que des fraudes sont intervenues sous quelque forme que ce soit. Elle se réserve, dans cette hypothèse, le droit de ne pas attribuer les dotations aux fraudeurs et/ou de poursuivre devant les juridictions compétentes les auteurs de ces fraudes.

> ARTICLE 11 : Informatique et Libertés

Conformément à la loi Informatique et Liberté du 06/01/1978 (article 27), les participants au programme Fidélité Santé disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant.

> ARTICLE 12 : Annulation, modification

L'organisateur ne pourra être tenu responsable, si pour une raison indépendante de sa volonté, ce programme venait à être modifié ou annulé. En cas de force majeure, La Prudence Créole se réserve le droit de modifier le programme Fidélité Santé sans préavis et sans qu'aucun dédommagement ne puisse être envisagé, ni attribué.

Ce règlement est reproduit intégralement dans le livret « Programme Fidélité Santé Prudence Créole ». Ce livret est disponible sur le site Internet : <http://fidelite.prudencecreole.com> et dans tous les bureaux de l'organisateur, de sa filiale BOURBON COURTAGE et des Agents et Courtiers.

Ce livret pourra être adressé par courriel à toute personne en faisant la demande auprès de l'organisateur.

> ARTICLE 13 : Interprétation

L'organisateur tranche souverainement en dernier ressort toutes difficultés d'interprétation du présent règlement.

> ARTICLE 14 : Indisponibilité

En cas de rupture de stock ou de cessation de fabrication ou d'indisponibilité de l'un des produits indiqués dans la « liste des cadeaux et avantages exclusifs », il sera procédé à son remplacement par un autre produit de qualité et de performance identique.

> ARTICLE 15 : Clause d'intégralité

Dans l'hypothèse où l'une des clauses du présent règlement serait nulle et non avenue, cela ne saurait en aucun cas réaffecter sa validité.

> **ARTICLE 16 : Droits de propriété littéraire et artistique**

Conformément aux lois régissant les droits de propriété littéraire ou artistique, la reproduction et la représentation de tout ou partie des éléments composant ces jeux sont strictement interdites.

> **ARTICLE 17 : Attribution de compétence**

Les participants admettent sans réserve que le simple fait de participer au programme « Fidélité Santé Prudence Créole » les soumet obligatoirement aux lois françaises, notamment pour tout litige qui viendrait à naître du fait du programme ou du tirage objets des présents ou qui serait directement ou indirectement lié à ceux-ci, ce sans préjudice des éventuelles règles de conflits de lois pouvant exister. Tout litige entre les parties relève de la compétence exclusive du tribunal de Grande Instance de ville de Saint-Denis de la Réunion.

6 Information de l'assuré

> **Examen des réclamations et procédure de médiation**

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez votre interlocuteur habituel dans nos bureaux.

Il est en mesure d'étudier toutes vos questions et demandes.

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

PRUDENCE CREOLE
DIRECTION / SERVICE RÉCLAMATIONS
32 RUE ALEXIS DE VILLENEUVE
97400 SAINT DENIS

Ou par courriel : servicereclamations@prudencecreole.com

Nous nous engageons à traiter votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

Si un désaccord devait persister, les particuliers ont la faculté de faire appel au médiateur de la compagnie, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. Les conditions d'accès à ce médiateur, ses coordonnées ainsi que la procédure à suivre vous seront communiquées par le Service Réclamations.

> **Droit d'accès aux informations enregistrées**

Vous pouvez nous demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de Prudence Créole, ses mandataires et ses réassureurs et des organismes professionnels, en nous écrivant à l'adresse suivante :

PRUDENCE CREOLE
32 RUE ALEXIS DE VILLENEUVE
97400 SAINT DENIS