EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Cette Notice vaut également information précontractuelle prévue par aux articles L 112-2 et L 112-2-1,III du Code des assurances
Une seule adresse : TELSANTE - **63, chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX**

DEFINITIONS

Pour l'application du contrat il faut entendre par :

Accident : On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures.
Ne sont pas considérées comme accidents les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.
Adhérent : Toute personne physique est désignée par le terme "adhérent" de par son appartenance au contrat. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.
Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.
Assuré social : Toute personne immatriculée à titre personnel à un régime obligatoire d'assurance maladie.
Avenant : Modification demandée en cours d'adhésion et faisant partie intégrante de l'adhésion.
Ayant droit : Personne qui bénéficie des prestations versées par un régime, non à titre personnel mais du fait de ses liens avec l'adhérent.
Bénéficiaire : Toute personne assurée, nommément désignée sur le bulletin d'adhésion, et acceptée par l'assureur.
Conjoint de l'adhérent :
Par "conjoint", il faut entendre :
- la personne mariée à l'adhérent,
- la personne signataire d'un pacte civil avec l'adhérent,
- le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'adhérent et vivant sous le même toit que l'adhérent.
Echéance principale : date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.
Exclusion : Clause par laquelle l'assureur manifeste sa volonté d'écarter de la garantie certains événements ou types de dommages.
Hospitalisation : Séjour prescrit par un médecin, effectué par un bénéficiaire pendant au moins une nuit, dans un établissement médical de soins agréé, public ou privé, pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par une maladie, un accident ou une maternité.
Maladie : toute altération de la santé ou état pathologique constaté par une autorité médicale compétente
Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.
Prescription : Délai au terme duquel toute action dérivant des contrats est éteinte.
Résiliation : Fin de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent ou de l'assureur dans les cas et conditions prévus par la loi ou le présent contrat, à une date précise et en respectant un délai de préavis.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

1. DISPOSITIONS GENERALES RELATIVES A LA VENTE A DISTANCE

- **Information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance**
Les présentes Conditions Générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance. En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française sera applicable. La loi applicable à nos relations précontractuelles et au contrat est la loi française.

- **Droit de renonciation au contrat**
Vous pouvez renoncer au contrat d'assurance conclu à distance sans pénalités et sans obligation de motivation, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat ou à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles et toutes autres informations complémentaires si ce dernier jour est postérieur à celui de la conclusion du contrat.

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans les trente jours suivant la réception de la lettre de renonciation, la compagnie d'assurance procédera au remboursement des sommes versées correspondant à la période au titre de laquelle la garantie n'est plus accordée.
Corrélativement, la fraction de prime afférente à la période déjà couverte par la garantie reste acquise à l'assureur.

- **Date de prise d'effet de l'adhésion**
L'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse du souscripteur.

2. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SOUSCRIPTION PAR INTERNET

2.1. MODALITES DE SOUSCRIPTION

La souscription via le site internet suppose que vous vous soyez, au préalable, connecté à votre espace personnel au moyen de votre identifiant et de votre mot de passe.
La souscription est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'adhésion.
A chaque étape qui précède la signature en ligne du contrat, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion est validée par vos soins au moyen de la signature électronique.
La signature électronique est un élément indispensable pour la validité du contrat. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de votre adhésion, le bulletin d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre contrat est émis. Un e-mail de confirmation vous est adressé par l'assureur et vous pourrez consulter votre bulletin d'adhésion dans votre espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies au souscripteur (proposition, conditions générales, bulletin d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

2.2. CONSULTATION ET ARCHIVAGE DES DOCUMENTS

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de la souscription peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur.
Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

2.3. CONVENTION DE PREUVE

Les données fournies par l'utilisateur de ce site internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

2.4. RESPONSABILITES
L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site internet, vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation, ne cliquez jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

3. DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SOUSCRIPTION PAR VOIE TELEPHONIQUE

3.1. MODALITES DE SOUSCRIPTION
Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de la souscription par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez la souscription à l'assurance. Après la souscription les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail.

3.2. PREUVE DU CONTRAT
Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité du souscripteur, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat.
De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.

LE CONTRAT COLLECTIF

1. NATURE DU CONTRAT
ASSUR HOSPI est un contrat groupe à adhésion facultative. Il est souscrit par l'intermédiaire en assurance auprès de SERENIS ASSURANCES SA dénommée «l'assureur».
Ce contrat est régi par le Code des assurances.
Ce contrat peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion une information écrite est adressée aux adhérents.

2. OBJET DU CONTRAT
Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents une indemnité forfaitaire par journée en cas d'hospitalisation en France pour maladie, maternité ou accident.
La garantie ne s'exerce que pour les sinistres survenus pendant la période de validité de l'adhésion.

LA VIE DU CONTRAT

3. CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION

3.1. Qualité d'adhérent ou de bénéficiaire
3.1.1. L'adhérent
Toute personne majeure âgée de moins de 61 ans.

3.1.2. Les autres bénéficiaires
Le conjoint de l'adhérent, âgé de moins de 61 ans à la souscription, ainsi que les enfants mineurs de l'un ou de l'autre.
L'ajout d'un enfant né après la date de prise d'effet est possible à tout moment.

3.2. Prise d'effet de l'adhésion
La date de prise d'effet de l'adhésion est celle mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

3.3. Durée de l'adhésion
L'adhésion a une durée annuelle. Sous réserve du paiement des cotisations, elle se renouvelle par tacite reconduction à chaque date anniversaire de sa prise d'effet, jusqu'au 65ème anniversaire de l'adhérent et des bénéficiaires.
Sauf résiliation préalable de l'adhésion, les garanties cessent à l'échéance principale suivant le 65ème anniversaire de chaque bénéficiaire. Une information sera adressée au bénéficiaire concerné pour lui signifier la date de fin de garantie.
L'adhésion restera en vigueur pour les autres bénéficiaires jusqu'à ce que le dernier ait atteint la limite d'âge prévue pour le bénéfice des garanties.

3.4. Faculté de renonciation
Vous disposez de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance.
L'article L 112-9 alinéa 1 du Code des assurances énonce notamment :
« I. – *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »*
Ce droit vous est reconnu pendant un délai de 14 jours calendaires révolus.
Ce délai commence à courir à compter du jour :
- de la conclusion du contrat ;
- de la réception des informations obligatoires et conditions contractuelles si cette date est postérieure,

et expire le dernier jour à 24h00.
Afin de renoncer au contrat, il convient d'adresser à votre assureur, à l'adresse figurant sur les conditions particulières ou votre dernier avis d'échéance, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception suivant modèle ci-dessous :
« Je soussigné [nom, prénom] demeurant [adresse de l'adhérent] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance n° [numéro de contrat figurant sur le bulletin d'adhésion au contrat] auquel j'avais adhéré le [date de l'adhésion] par l'intermédiaire de [nom et adresse de l'intermédiaire ayant proposé l'adhésion].
[Date] [Signature de l'adhérent] »
La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, vous n'êtes tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation.

4. LES COTISATIONS
4.1. Montant à l'adhésion
Le montant des cotisations annuelles est précisé sur chaque bulletin d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de l'assureur ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin d'adhésion.
Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements au titre d'une année d'assurance donnée est effectuée par le biais du bulletin d'adhésion lors de la souscription, de l'avis d'échéance lors du renouvellement et de l'avenant en cas de modification du contrat.

4.2. Variation des cotisations en cours d'adhésion
Les cotisations du contrat évoluent en fonction :
- des résultats enregistrés par le contrat collectif au cours de l'exercice précédent.
- des tranches d'âges selon l'âge atteint à chaque date anniversaire du contrat. Les tranches d'âge déterminantes sont :
Moins de 18 ans, de 18 à 24 ans, de 25 à 29, de 30 à 34, de 35 à 39, de 40 à 44, de 45 à 49, de 50 à 54, de 55 à 59, de 60 à 65 ans.

4.3. Non paiement des cotisations
Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat. En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution des contrats en justice, peut, par une lettre recommandée valant mise en demeure au titre du contrat, adressée à l'adhérent à son dernier domicile connu, suspendre les garanties trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension des garanties résultant de la mise en demeure fait perdre à l'adhérent et aux bénéficiaires du contrat, même si les cotisations sont acquittées ultérieurement, le droit aux indemnités hospitalières pour les hospitalisations ayant débutées ou se poursuivant pendant la période de suspension.
Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, toutes les fractions non encore payées de l'année d'assurance en cours deviendront automatiquement exigibles après l'envoi de la lettre de mise en demeure.
Les sommes non payées à bonne date porteront intérêt au taux légal à compter de la date de mise en demeure restée infructueuse.

5. LA RESILIATION DE L'ADHESION
5.1. Résiliation par l'adhérent
- à la fin de la première période annuelle d'assurance, moyennant préavis d'un mois à adresser à l'assureur soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'assureur, soit par acte extra judiciaire.
- à tout moment au-delà de la première année d'assurance moyennant un préavis d'un mois.

5.2. Majoration de cotisation
L'adhésion est résiliable par l'adhérent en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 4.2**.** du présent Extrait des Conditions Générales. L'adhérent pourra résilier l'adhésion dans les quinze jours suivant celui où il aura eu connaissance de l'augmentation.
La résiliation prendra effet un mois après notification à l'assureur. Celui-ci aura droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

5.3. Survenance d'un évènement
L'adhérent et l'assureur peuvent résilier l'adhésion en cas de :
• changement de profession ;
• changement de situation matrimoniale ;
• changement de régime matrimonial ;
• changement de domicile hors de France métropolitaine ;
• retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle
Quelle que soit la durée écoulée depuis l'adhésion, et à condition que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L 113-16 du Code des assurances).
Durant la première année de garantie la résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois qui suivent la date de l'événement et prend effet un mois après que l'autre partie en ait reçu notification.
Au-delà, elle peut intervenir à tout moment moyennant un préavis d'un mois.

5.4. Résiliation par l'assureur
L'assureur peut résilier l'adhésion :
- en cas de non paiement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article 4.3. du présent Extrait des Conditions Générales (art L 113-3 du Code des assurances).
- en cas de réticence ou déclaration intentionnellement fausse, d'omission ou de déclaration inexacte de circonstances connues de l'adhérent dans la déclaration du risque ou en cours d'adhésion (art L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances).
- en cas de fraude au sens de l'article 7 du présent Extrait des Conditions Générales.

6. LES OBLIGATIONS DE L'ADHERENT
6.1. En cours d'adhésion
L'adhérent doit signaler à l'assureur, par écrit, dans un délai de quinze jours toute modification du nombre d'ayant-droit.

6.2. En cas de sinistre
L'adhérent doit remettre à l'assureur toutes les pièces lui permettant de déterminer le montant de sa prestation.
Toute demande d'indemnité hospitalière doit être présentée à l'assureur dans le mois après la date d'admission dans l'établissement de soins.

7. LA FRAUDE ET LA FAUSSE DECLARATION
Si l'adhérent ne fournit pas les pièces demandées, il est déchu de tout droit à prestation pour le sinistre en cause.
Si, de mauvaise foi, l'adhérent ou le bénéficiaire fait de fausses déclarations, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyen frauduleux, il est entièrement déchu de tout droit aux prestations.

8. L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES
Les garanties du présent contrat s'exercent pour toute hospitalisation en France.

9. LA PRESCRIPTION
La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.
Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :
Aux termes de l'article L 114-1 du Code : « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par* ***deux ans*** *à compter de l'événement qui y donne naissance.*
Toutefois, ce délai ne court :
1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2. en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

Causes d'interruption de la prescription :
Aux termes de l'article L 114-2 du Code : « *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »*

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :
- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

10. LES GARANTIES
Le contrat a pour objet d'accorder aux bénéficiaires une indemnité forfaitaire par journée en cas d'hospitalisation en France pour maladie, maternité ou accident.
Toute demande d'indemnité hospitalière doit être présentée à l'assureur dans le mois après la date d'admission dans l'établissement de soins.

TABLEAU DES GARANTIES		
- Hospitalisation en service de médecine, chirurgie, maternité - Hospitalisation en établissements de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle lorsque ces séjours font immédiatement suite à un séjour indemnisé, sans retour au domicile	Ayant pour cause un accident	**60 € / jour**
	Autres	**30 € / jour**

11. DELAI DE CARENCE
Les garanties ne s'appliquent qu'après un délai de carence de 6 mois à compter :
- de la date d'effet de l'adhésion, quel que soit le motif de l'hospitalisation.
- de la date d'effet du rajout d'un bénéficiaire, quel que soit le motif de l'hospitalisation.

Cette carence ne s'applique pas en cas d'accident survenu après la prise d'effet de l'adhésion.

12. FRANCHISES
La garantie est accordée pour toute hospitalisation de plus de deux jours consécutifs.

13. INDEMNITE EN CAS D'ACCIDENT
L'indemnité majorée en cas d'accident s'applique aux accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion. Les hospitalisations consécutives à un accident antérieur à la prise d'effet de l'adhésion donnent droit à l'indemnité de base.

14. DUREE DE VERSEMENT DE L'INDEMNITE HOSPITALIERE
La durée maximale de versement de l'indemnité hospitalière est fixée à 90 jours par an tant que l'adhésion est en vigueur. Par an, nous entendons l'année de garantie (période comprise entre deux dates anniversaires de l'adhésion).

15. EXCLUSIONS
Sont exclus de la garantie indemnité hospitalière :
- l'hospitalisation de jour,
- l'hospitalisation à domicile,
- l'hospitalisation ambulatoire,
- les séjours en gériatrie et en structure de perte d'autonomie,
- les séjours en établissement ou service de psychiatrie,
- les séjours pour soins ou traitements esthétiques,
- les séjours en établissement de cure quel qu'en soit le motif médical.
Sont également exclus de la garantie les hospitalisations consécutives :
- à la guerre civile ou étrangère, d'émeute ou de rixe, à des actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent ou le bénéficiaire a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- à la transmutation du noyau atomique.

16. REGLEMENT DES PRESTATIONS
Le règlement des prestations se fera sur la base :
- d'un bulletin d'hospitalisation délivré par l'établissement de soins, mentionnant les dates d'entrée et de sortie et précisant le service dans lequel l'adhérent a séjourné.
- d'une déclaration d'hospitalisation complétée par l'adhérent.
L'assureur se réserve le droit, de demander tout document complémentaire nécessaire à déterminer le risque et à calculer l'indemnité accordée.
Toutes les pièces nécessaires au versement d'une prestation sont à adresser à :

Service Médical Sinistre « Assurance de Personnes »
46 rue Jules Mélines
53000 LAVAL

17. SUBROGATION
L'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'adhérent contre tout responsable du sinistre, jusqu'à concurrence des prestations payées.

INFORMATIONS LEGALES

RECLAMATION
En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel.
Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au :

Responsable des Relations Consommateurs
SERENIS ASSURANCES
34 rue du Wacken
67906 STRASBOURG CEDEX 9

Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

MEDIATION
Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant l'assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur.
Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation sur le site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr).

AUTORITE DE CONTROLE
SERENIS ASSURANCES SA est placée sous le contrôle de :
Autorité de Contrôle Prudentiel
61 rue Taitbout
75436 PARIS CEDEX 09

INFORMATIQUE ET LIBERTES
(Loi n° 78-17 du 06/01/78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06/08/04).
Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.
Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés. Les informations de nature médicale sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.
Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.
Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.
Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX.