

CSF HOSPITALISATION

Notice d'Information

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° A 4149/2 à effet du 1^{er} avril 2008 (ci-après désigné "Contrat") régi par le Code des Assurances et soumis à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles 61 rue Taibout - 75436 Paris Cedex 09 **souscrit par CSF** (ci-après dénommé "Association" ou "Souscripteur") pour le compte de ses adhérents, auprès de **SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ** (ci-après dénommé "Assureur"), par l'intermédiaire de **SPB et de CSF Assurances** et distribué par **Progretis** pour le compte de CSF Assurances, SARL au capital de 5 000 000 € dont le siège social est situé 9, rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris, inscrite au RCS de PARIS sous le n° 509 364 972 et à l'ORIAS sous le n° 09 050 053 pour le compte de CSF Assurances.

La loi applicable au présent contrat, régi par le code des assurances, est la loi française. Le Souscripteur et l'Assureur s'engagent à utiliser la langue française dans leurs relations avec les adhérents et les Assurés pendant toute période de garantie.

CSF : Crédit Social des Fonctionnaires - Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière (75009) PARIS.

SWISS LIFE PRÉVOYANCE ET SANTÉ : siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08 - SA au capital de 150 000 000 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - 322 215 021 RCS Paris.

CSF Assurances : SARL de courtage d'assurance au capital de 450 000 € ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière (75009) PARIS. Immatriculée à l'ORIAS au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° B 322 950 148, Immatriculée au registre des Intermédiaires d'Assurances sous le n° 07 008 834.

SPB : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 1 000 000 € - 71 quai Colbert, 76600 Le Havre - RCS Le Havre 305 109 779 - société de courtage d'assurances et de gestion immatriculée à l'ORIAS au Registre Unique des Intermédiaires d'Assurance sous le n° 07 002 642.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée par SPB selon une délégation de l'Assureur.

I - DÉFINITIONS

- Adhérent** : la personne physique, résidant en France métropolitaine, membre du Crédit Social des Fonctionnaires, ayant demandé à adhérer au Contrat entre son 18^e et son 65^e anniversaire et, le cas échéant, dans les mêmes conditions d'âge, son Conjoint. La garantie peut être étendue à ses enfants mineurs.
- Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime et provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. La blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.
- Conjoint** : Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.
- Maladie** : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.
- Hospitalisation** : Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (Hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident garanti (Cf. Le point 3 - Exclusions de garantie). A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur (ou de ses mandataires) peut avoir accès. **Les hospitalisations prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.**
- Agression** : Atteinte corporelle provoquée par un tiers commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 24 heures consécutives. Ne sont pas considérés comme tiers les membres d'une même famille. Sera seul pris en compte l'événement qui aura fait l'objet de la part de l'Adhérent ou de son représentant d'un dépôt de plainte, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'événement, auprès d'une autorité de justice.

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

- Objet, durée et montant de l'indemnité garantie**
En cas d'Hospitalisation de l'Adhérent, la garantie du Contrat prévoit le versement à l'Adhérent de l'indemnité journalière figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation. Cette indemnité est versée pour toute Hospitalisation d'une durée d'au moins 24 heures consécutives, et pour chaque journée complète passée à l'hôpital. L'indemnité est versée au maximum pendant 3 ans (1095 jours) lorsqu'elle est consécutive à un Accident et pendant 2 ans (730 jours) si elle est due à une Maladie. Le montant de l'indemnité journalière d'hospitalisation est doublé en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident. Si cet Accident est dû à une Agression, il sera versé un complément d'indemnisation équivalent à un forfait de deux jours supplémentaires d'hospitalisation.
- Plusieurs Hospitalisations successives de l'Adhérent pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de trois mois.
- Les enfants mineurs (âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans) peuvent bénéficier de la garantie. Dans ce cas le montant de l'indemnité journalière sera égal à **50 % du montant de l'indemnité journalière** de l'Adhérent.
- Effet de la garantie** :
La garantie du contrat ne comporte pas de délai d'attente et débute dès la date d'effet de l'adhésion pour toute Hospitalisation prescrite dans le cadre d'une Maladie ou d'un Accident, sous réserve du paiement de la cotisation. Les Hospitalisations dues à une maternité sont garanties après une période d'attente de 9 mois décomptée à partir de la date d'effet de l'adhésion.
- Cessation de la garantie** :
Les garanties prennent fin à la date de résiliation de l'adhésion au Contrat (article 8) et au plus tard lorsque l'Adhérent atteint son 75^e anniversaire. La garantie prend fin à l'égard des enfants mineurs de l'Adhérent cesse au plus tard à leur 18^e anniversaire.

III - EXCLUSIONS DE GARANTIE

NE DONNENT PAS LIEU AU VERSEMENT D'INDEMNITÉS LES HOSPITALISATIONS DUES :

- À DES MALADIES OU DES SUITES ET CONSÉQUENCES D'ACCIDENTS ANTÉRIEURS À LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION,
- À UNE CONVALESCENCE OU UN SÉJOUR EN MAISON DE REPOS, D'HÉBERGEMENT, DE PLEIN AIR, DE CONVALESCENCE, DE RETRAITE, EN ÉTABLISSEMENTS THERMAUX ET CLIMATIQUES, HOSPICES, SERVICES CLINIQUES OU HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, INSTITUTS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES, SERVICES DE GÉRONTOLOGIE, ÉTABLISSEMENTS DE CURE,
- À L'ÉTAT DES PERSONNES QUI N'ONT PLUS LEUR AUTONOMIE DE VIE D'UNE MANIÈRE IRRÉVERSIBLE ET QUI NÉCESSITE UNE SURVEILLANCE CONSTANTE ET/OU DES TRAITEMENTS D'ENTRETIEN, DE RÉADAPTATION ET RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE,
- À DES TRAITEMENTS À BUT ESTHÉTIQUE, OU DE CHIRURGIE PLASTIQUE, DE RAJEUNISSEMENT, D'AMAIGRISSEMENT,
- À UNE MALADIE PSYCHIQUE, UN BILAN DE SANTÉ (CHECK-UP),
- À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE,
- À UNE FAUTE INTENTIONNELLE DE L'ADHÉRENT,
- À L'USAGE DE STUPÉFIANTS OU DROGUES, NON PRESCRITS MÉDICALEMENT,
- À UN ÉTAT DE DÉMENCE, À UN ÉTAT ALCOOLIQUE CARACTÉRISÉ PAR LA PRÉSENCE DANS LE SANG D'UN TAUX D'ALCOOL PUR SUPÉRIEUR OU ÉGAL À CELUI PRÉVU PAR LA LÉGISLATION EN VIGUEUR AU JOUR DU SINISTRE,
- À LA PRATIQUE DE SPORT EN QUALITÉ DE PROFESSIONNEL,
- À UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE,
- AUX EFFETS DE L'ÉNERGIE NUCLÉAIRE.

IV - TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises en France et dans les autres pays du monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de 3 mois.

V - SINISTRE

- Déclaration de sinistre** : sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Adhérent doit déclarer, sous peine de déchéance du droit aux prestations, l'Hospitalisation dans un délai maximum de 30 jours à SPB (SPB – CSF Hospitalisation – 76095 Le Havre Cedex – 0 800 000 112).
- Documents à fournir** : L'Adhérent devra adresser les documents et pièces justificatives suivantes :
 - Un certificat médical indiquant la cause de l'Hospitalisation,
 - Les bulletins de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital.
 - Un RIB du compte sur lequel doit être virée la prestation.
 L'Assureur se réserve le droit de demander des renseignements complémentaires et notamment des décomptes et notifications de la Sécurité Sociale. Un médecin qu'il aura désigné doit pouvoir, le cas échéant, examiner l'Adhérent. En cas de désaccord, il sera proposé l'arbitrage d'un médecin expert auprès de la cour d'appel du domicile de l'Adhérent.
- Le contrôle médical** : L'Adhérent doit apporter la nécessité de l'hospitalisation pendant toute la durée du séjour. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par l'Assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci. Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'Assureur, sauf opposition justifiée.
- A défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le paiement des indemnités garanties, selon la situation, sera respectivement refusé ou suspendu.**
En cas d'examen médical, l'Assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'Assuré par le Médecin conseil de l'Assureur. Elles peuvent conduire l'Assureur à refuser le paiement des indemnités garanties, s'il juge que l'état de l'Assuré ne nécessitait pas une hospitalisation ou la prolongation du séjour.

CSF HOSPITALISATION

Notice d'Information

Si l'Assuré n'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du Médecin-conseil est considéré comme acquis.

- **L'expertise médicale** : En cas de désaccord sur les conclusions du Médecin conseil, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute par l'une des parties de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.
Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.
- **Paiement des indemnités garanties** : Le paiement des indemnités garanties sera effectué dans les 15 jours suivant la réception de toutes pièces justificatives et l'accord des parties, ou le rapport d'expertise s'il y a lieu. Le règlement sera établi au nom de l'Adhérent. En cas d'Hospitalisation de plus de 30 jours, l'allocation sera versée chaque fin de mois.

VI - COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre de la présente adhésion est celui figurant sur le certificat d'adhésion au Contrat. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Adhérent au 31 décembre de l'année d'adhésion et reste fixe pour toute la durée de l'adhésion.

La cotisation est payable par prélèvement mensuel automatique effectué par SPB sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Adhérent.

Le montant de la cotisation pourra être révisé annuellement par l'Assureur, en accord avec l'Association, en fonction des résultats du contrat et prendra effet à l'échéance annuelle de chaque adhésion. Toute modification sera notifiée par SPB à l'Adhérent, au moins trois mois avant sa prise d'effet.

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

VII - FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

• Prise d'effet de l'adhésion :

L'adhésion au contrat s'effectue :

- Soit le jour de la présentation du présent contrat par téléphone en cas d'accord de l'adhérent donné à cette occasion.

Dans ce cas, SPB envoie à l'assuré la Fiche d'Information Préalable, la Notice d'Information et le certificat d'adhésion.

- Soit le jour de la réception par SPB du bulletin d'adhésion dûment complété et signé par l'adhérent si ce dernier n'a pas souhaité adhérer lors de l'entretien téléphonique.

Dans ce cas, à la suite de l'entretien téléphonique, SPB envoie à l'assuré la Fiche d'Information Préalable, la Notice d'Information et le bulletin d'adhésion à remplir, dater et signer.

Un certificat d'adhésion sera ensuite envoyé à l'assuré à réception par SPB du bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé.

• **Prise d'effet des garanties** : Les garanties prennent effet à l'expiration du délai de renonciation (Cf point "Renonciation" ci-après) sous réserve de l'encaissement de la cotisation. Cependant, et conformément à l'article L 112-2 du Code des Assurances, le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de la prise d'effet de l'adhésion, à la demande expresse de l'Adhérent, sous réserve de l'encaissement de la cotisation.

• **Renonciation** : L'adhésion au Contrat ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent à l'assurance qui dispose d'un délai de 30 jours ouvrés à compter de la date de l'adhésion au Contrat pour renoncer à son adhésion, en adressant à SPB - 71 quai Colbert - 76600 Le Havre, une lettre recommandée rédigée par exemple sur le modèle suivant :

Modèle de lettre de renonciation :

"Messieurs, je soussigné(e) (nom et prénom de l'adhérent) demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat n° A 414912, du (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

A Le Signature

Date et signature".

Toutefois, l'Adhérent est réputé renoncer à son droit de renonciation s'il demande à bénéficier de la garantie pendant le délai de renonciation. (Article L112-2-I II 3°c/ du Code des Assurances).

- **Durée de l'adhésion** : sous réserve des cas de résiliation ci-après (article 8), l'adhésion au Contrat dure un an et se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation de l'adhésion (Cf article 8 ci-après).
- **Information à communiquer en cours d'adhésion** : L'Adhérent devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier recommandé à SPB, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les

communications de SPB, de l'Assureur ou du Souscripteur seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu d'eux.

VIII - RÉILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

- **Par l'Adhérent** : lors de chaque renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins 2 mois avant la date anniversaire de l'adhésion, par lettre recommandée adressée à SPB - CSF Hospitalisation - 76095 Le Havre Cedex).
- **De plein droit** :
 - en cas de non-paiement de la cotisation (article L 113-3 du Code des Assurances) ;
 - à l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation de la Garantie hospitalisation toutes causes par le CSF ou par l'Assureur, l'Adhérent devant en être informé au moins 3 mois à l'avance ;
 - le jour du décès de l'Adhérent ;
 - dans tous les autres cas prévus par le Code des Assurances.

IX - DISPOSITIONS DIVERSES

• **Prescription** : La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L114-2 :

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

Article L114-3 :

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

• **Droit de communication et de rectification (Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)** : Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite "informatique et libertés" modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SPB - CSF Hospitalisation - 76095 Le Havre Cedex, auprès de laquelle vous pourrez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, de SPB, CSF et CSF Assurances, et à leurs mandataires et prestataires. Si vous souhaitez, cependant, ne pas être sollicité, nous vous invitons à nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée.

• **Examen des réclamations** : en cas de difficultés liées à votre contrat ou adhésion, nous vous conseillons de consulter tout d'abord SPB qui veillera à vous répondre dans les meilleurs délais (SPB - Département Satisfaction Clientèle - 71 quai Colbert, 76600 Le Havre). Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser au siège social de l'Assureur (Swiss Life Prévoyance et Santé - 86 boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08), qui s'il confirme la position initiale, pourra sur demande de l'Assuré lui communiquer les coordonnées du Médiateur indépendant.

Toute correspondance ou demande de renseignement doit être exclusivement adressée à SPB :

SPB - Opération CSF
CSF HOSPITALISATION
 76095 LE HAVRE CEDEX
 Tel : 0 800 000 112 - Fax : 02 32 74 22 32