

COMMENT SOUSCRIRE

- 1 Complétez "vos coordonnées" ci-après.**
- 2 Cochez les cases de "votre demande d'adhésion" correspondant :**
A - À la formule choisie
B - À l'option retenue
N'oubliez pas de la dater et de la signer.
- 3 Complétez, datez et signez "le mandat de prélèvement"**
sans oublier de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.
Faire parvenir ces deux documents (bulletin d'adhésion + RIB ou RIP) dans une enveloppe non affranchie à :

PROGRETIS
LIBRE REPONSE 39583
75443 PARIS CEDEX 09

- Dès réception de votre demande par nos services, **vous bénéficierez de votre protection CSF Hospitalisation.**
- **Conservez précieusement la fiche d'information** préalable et la notice d'information de votre contrat.

TARIFS TTC MENSUEL

	OPTION 1		OPTION 2		OPTION 3		OPTION 4		OPTION 5		OPTION 6		OPTION 7	
Age	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint
18-39 ans	4,48 €	3,36 €	7,43 €	5,58 €	11,82 €	8,86 €	14,77 €	11,09 €	17,72 €	13,30 €	22,20 €	16,66 €	29,54 €	22,16 €
40-49 ans	6,52 €	4,89 €	10,80 €	8,10 €	17,32 €	12,99 €	21,59 €	16,20 €	25,88 €	19,40 €	32,39 €	24,30 €	43,20 €	32,39 €
50-59 ans	8,86 €	6,65 €	14,77 €	11,09 €	23,63 €	17,72 €	29,54 €	22,16 €	35,45 €	26,59 €	44,31 €	33,25 €	59,09 €	44,31 €
60-64 ans	11,61 €	8,71 €	19,36 €	14,52 €	30,97 €	23,23 €	38,61 €	28,96 €	46,35 €	34,77 €	57,97 €	43,48 €	77,31 €	58,00 €
Par enfant mineur	2,04 €		3,36 €		5,50 €		6,82 €		8,15 €		10,19 €		13,65 €	

CAPITAL PROPOSÉ

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3	OPTION 4	OPTION 5	OPTION 6	OPTION 7
Indemnités journalières*	15 €	25 €	40 €	50 €	60 €	75 €	100 €

* Pour enfant mineur, le montant de l'indemnité journalière est égale à 50 % du montant de l'indemnité journalière de l'assuré.

CSF HOSPITALISATION

BULLETIN D'ADHESION 1^{er} ASSURÉ

au contrat CSF HOSPITALISATION n° A 4149/2 souscrit par CSF auprès Swiss Life Prévoyance et Santé

FORMALISATION DU DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Numéro d'immatriculation ORIAS CSF Assurances : 07008834.

CSF hospitalisation est un contrat d'assurance collective n° A 4149/2 à adhésion facultative souscrit par CSF, Association dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, SA au capital de 150.000.000 €, Entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est situé 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 322 215 021, par l'intermédiaire de SPB, SAS de courtage d'assurance au capital de 1.000.000 € dont le siège social est situé 71 quai Colbert 76600 Le Havre, immatriculée au RCS du Havre sous le n° 305 109 779 et à l'ORIAS sous le n° 07 002 642, distribué par Progretris, SARL au capital de 5.000.000 € dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris, immatriculée 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, SARL de courtage d'assurances de CSF au capital de 450.000 € dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 322 950 148 et à l'ORIAS sous le n° 07 008 834 et géré par SPB. CSF Assurances, PROGRETIS et SPB sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

CODE :293*2001*01

VOS COORDONNÉES 1^{er} ASSURÉ

Nom : Prénom :

Adresse : Date de naissance : _/_/____/____/____

Code postal : _/_/____ Ville : N° de téléphone : _/_/____/____/____/____

VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION 1^{er} ASSURÉ

Oui, je souhaite adhérer à CSF Hospitalisation et j'ai bien noté que vous M'OFFREZ MES 2 PREMIERS MOIS DE COTISATION.

A Indiquez la formule choisie :

- Assuré seul Couple
 Assuré + Enfant(s) Couple + Enfant(s)

B Indiquez l'option choisie :

- Option 1 Option 2
 Option 3 Option 4
 Option 5 Option 6
 Option 7

Date : _/_/____/____/____

Signature obligatoire : 

Veillez vous reporter à la page "Comment souscrire" pour connaître le montant de votre indemnité journalière et votre cotisation.

J'ai bien noté que mon adhésion au contrat CSF Hospitalisation entrera en vigueur dès la date d'effet indiquée dans le certificat d'adhésion. J'ai pris connaissance de la Notice d'Information et déclare l'accepter expressément. A l'issue de la période de gratuité, j'accepte que mes cotisations soient prélevées sur mon compte bancaire. **Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du jour de réception du certificat d'adhésion au présent contrat.** Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception.

Les données à caractère personnel vous concernant sont recueillies et traitées à des fins d'exécution et de gestion de votre contrat, et, dans ce contexte, les informations communiquées ont un caractère obligatoire. Les destinataires des données sont le personnel des services concernés de SPB et/ou de ses sous-traitants et le cas échéant des partenaires. Les données pourront également être transmises à des partenaires commerciaux et utilisées à des fins de prospection. Vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-contre .

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et de suppression sur les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit, à tout moment, auprès de : SPB, Département Banque et prévoyance, 71, quai Colbert - CS 90 000 - 76095 Le Havre Cedex courtier gestionnaire du contrat. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir et à identifier la fraude.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM (Réservé SPB)

Créancier : SPB - 71 Quai Colbert - CS 90000 - 76600 Le Havre Cedex

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR55ZZZ115711

Référence : 293 - CSF Hospitalisation n° A4149/2

Titulaire du compte à débiter / Désignation du compte à débiter

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Numéro de compte bancaire international (IBAN) : _____

Code d'Identification de Banque (BIC) : _____ Type de prélèvement : Paiement récurrent Paiement ponctuel

Signé à : Le : Signature :

Ce mandat vaut pré-notification pour les prochains prélèvements SEPA qui seront effectués dans les conditions décrites dans votre bulletin d'adhésion.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SPB. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent document sont destinées à n'être utilisées par SPB que pour la gestion de la relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

CSF HOSPITALISATION

BULLETIN D'ADHESION CONJOINT

au contrat CSF HOSPITALISATION n° A 4149/2 souscrit par CSF auprès Swiss Life Prévoyance et Santé

FORMALISATION DU DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Numéro d'immatriculation ORIAS CSF Assurances : 07008834.

CSF hospitalisation est un contrat d'assurance collective n° A 4149/2 à adhésion facultative souscrit par CSF, Association dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, SA au capital de 150.000.000 €, Entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est situé 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 322 215 021, par l'intermédiaire de SPB, SAS de courtage d'assurance au capital de 1.000.000 € dont le siège social est situé 71 quai Colbert 76600 Le Havre, immatriculée au RCS du Havre sous le n° 305 109 779 et à l'ORIAS sous le n° 07 002 642, distribué par Progretris, SARL au capital de 5.000.000 € dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris, immatriculée 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, SARL de courtage d'assurances de CSF au capital de 450.000 € dont le siège social est situé 9 rue du Faubourg Poissonnière 75009 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 322 950 148 et à l'ORIAS sous le n° 07 008 834 et géré par SPB. CSF Assurances, PROGRETIS et SPB sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et de Résolution, 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

CODE :293*2001*01

VOS COORDONNÉES CONJOINT

Nom : Prénom :

Adresse : Date de naissance : _/_/____/____/____

Code postal : _ _ _ _ Ville : N° de téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION CONJOINT

Oui, je souhaite adhérer à CSF Hospitalisation et j'ai bien noté que vous M'OFFREZ MES 2 PREMIERS MOIS DE COTISATION.

Indiquez l'option choisie :

- Option 1 Option 2
 Option 3 Option 4
 Option 5 Option 6
 Option 7

Veuillez vous reporter à la page "Comment souscrire" pour connaître le montant de votre indemnité journalière et votre cotisation.

Date : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

Signature obligatoire : **X**

J'ai bien noté que mon adhésion au contrat CSF Hospitalisation entrera en vigueur dès la date d'effet indiquée dans le certificat d'adhésion. J'ai pris connaissance de la Notice d'Information et déclare l'accepter expressément. A l'issue de la période de gratuité, j'accepte que mes cotisations soient prélevées sur mon compte bancaire. **Je peux renoncer à mon adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du jour de réception du certificat d'adhésion au présent contrat.** Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception.

Les données à caractère personnel vous concernant sont recueillies et traitées à des fins d'exécution et de gestion de votre contrat, et, dans ce contexte, les informations communiquées ont un caractère obligatoire. Les destinataires des données sont le personnel des services concernés de SPB et/ou de ses sous-traitants et le cas échéant des partenaires. Les données pourront également être transmises à des partenaires commerciaux et utilisées à des fins de prospection. Vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-contre .

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et de suppression sur les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit, à tout moment, auprès de : SPB, Département Banque et prévoyance, 71, quai Colbert - CS 90 000 - 76095 Le Havre Cedex courtier gestionnaire du contrat. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir et à identifier la fraude.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM (Réservé SPB)

Créancier : SPB - 71 Quai Colbert - CS 90000 - 76600 Le Havre Cedex

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR55ZZZ115711

Référence : 293 - CSF Hospitalisation n° A4149/2

Titulaire du compte à débiter / Désignation du compte à débiter

Nom : _ _ _ _ _ | Prénom : _ _ _ _ _

Adresse : _ _ _ _ _

CP : _ _ _ _ _ | Ville : _ _ _ _ _

Numéro de compte bancaire international (IBAN) | _ _ _ _ _

Code d'Identification de Banque (BIC) | _ _ _ _ _ | Type de prélèvement : Paiement récurrent Paiement ponctuel

Signé à : Le : Signature :

Ce mandat vaut pré-notification pour les prochains prélèvements SEPA qui seront effectués dans les conditions décrites dans votre bulletin d'adhésion.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SPB à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SPB. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent document sont destinées à n'être utilisées par SPB que pour la gestion de la relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fiche d'Information Préalable

CSF Hospitalisation Toutes Causes

FORMALISATION DU DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSEIL

CSF hospitalisation, contrat d'assurance de groupe n° A 4149/2 à adhésion facultative **souscrit par CSF** auprès de **SwissLife Prévoyance et Santé** par l'intermédiaire de **SPB** et distribué par **Progretris** 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.

CSF Assurances - SARL de courtage d'assurance au capital de 450 000 euros ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 PARIS - 322 950 148 RCS Paris - ORIAS^(*) n° 07 008 834.

Progretris - SARL de courtage d'assurance au capital de 5 000 000 euros ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 PARIS - 509 364 972 RCS Paris - ORIAS^(*) n° 09 050 053.

SPB - SAS au capital de 1 000 000 euros - 71 quai Colbert - CS90000 - 76095 Le Havre Cedex - 305 109 779 RCS Le Havre - société de courtage d'assurances - ORIAS^(*) n° 07 002 642.

SwissLife Prévoyance et Santé - SA au capital de 150 000 000 euros ayant son siège social : 7 rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret - Entreprise régie par le Code des assurances - 322 215 021 RCS Nanterre.

CSF Assurances, Progretris, SPB et SwissLife Prévoyance et Santé sont soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

^(*) Site internet www.orias.fr

En cas de réclamation, s'adresser à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - Bureau des Relations avec les Assurés - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Vos besoins sont de bénéficier d'une couverture d'assurance en cas d'Hospitalisation prévoyant le versement d'une indemnité journalière pendant la durée de celle-ci. Au regard de votre situation, nous vous conseillons l'adhésion au contrat N° A 4149/2 dont la notice d'information est jointe.

FICHE D'INFORMATION PRÉALABLE

Informations valables jusqu'au 31/12/2014

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

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 Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 souscrit par CSF pour le compte de ses adhérents, auprès de SWISS LIFE PREVOYANCE ET SANTE (ci-après dénommé "Assureur"), par l'intermédiaire de SPB et de CSF Assurances.

ADHERENT :

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.

LE CONTRAT D'ASSURANCE CSF HOSPITALISATION TOUTES CAUSES COMPREND :

Le versement à l'adhérent d'une indemnité journalière, en cas d'hospitalisation d'une durée d'au moins 24 h, doublée si celle-ci fait suite 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.

LES EXCLUSIONS À CE CONTRAT SONT LES SUIVANTES :

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.

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

L'adhésion au contrat prend effet à la date de l'enregistrement vocal de l'accord verbal de l'adhésion donné par l'adhérent le jour de la présentation du contrat par téléphone ou à réception par SPB du bulletin d'adhésion de l'assuré dûment complété, daté et signé et sous condition résolutoire du règlement de la première cotisation.

Dans les deux cas SPB envoie à l'assuré un certificat d'adhésion.

Les garanties prennent effet à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours, sauf sur demande express de l'adhérent.

DURÉE DU CONTRAT

L'adhésion à CSF Hospitalisation toutes causes dure un an et se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. L'adhérent peut toutefois résilier son adhésion annuellement par lettre recommandée expédiée deux mois au moins avant la date d'échéance de ses garanties (le cachet de La Poste faisant foi).

Fiche d'Information Préalable

COTISATIONS

Le montant de la cotisation due au titre de la présente adhésion est celui figurant sur le certificat d'adhésion au Contrat.

DÉLAI DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date prise d'effet de l'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à SPB - CSF Hospitalisation - 71, quai Colbert CS 90000 76095 Le Havre Cedex. Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après. Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des Assurances, le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion, à la demande expresse de l'adhérent avant la fin du délai de renonciation. Dans ce cas, l'Adhérent est réputé renoncer à son droit de renonciation pour la période restant à courir.

La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle, pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle renonciation.

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 4149/2, 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".

LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

Les présentes informations sont fournies sur la base du Droit français, et notamment le Code des assurances. L'adhésion à la garantie Hospitalisation toutes causes CSF sera également soumise au Droit français et tous les échanges contractuels s'effectueront en **langue française**.

RÉCLAMATIONS

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations SPB Département Réclamations 71 quai Colbert CS90000 76600 Le Havre. Le Département Réclamations de SPB s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 mois suivant sa date de réception. En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Département Réclamations de SPB, l'Adhérent peut alors s'adresser au Département Médiation de Swiss Life (cf. ci-dessous).

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

VOTRE INTERLOCUTEUR

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

SPB - Opération CSF
CSF Hospitalisation toutes causes
71, quai Colbert
CS 90000 76095 LE HAVRE CEDEX
Tel : 0 800 000 112 - Fax : 02 32 74 22 32

FONDS DE GARANTIE

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n°99-532 du 25 juillet 1999 – article L423-1 du Code des assurances.

TARIFS MENSUELS TTC

Indemnités journalières	15 €		25 €		40 €		50 €		60 €		75 €		100 €	
	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint	1 ^{er} assuré	Conjoint
18-39 ans	4,48 €	3,36 €	7,43 €	5,58 €	11,82 €	8,86 €	14,77 €	11,09 €	17,72 €	13,30 €	22,20 €	16,66 €	29,54 €	22,16 €
40-49 ans	6,52 €	4,89 €	10,80 €	8,10 €	17,32 €	12,99 €	21,59 €	16,20 €	25,88 €	19,40 €	32,39 €	24,30 €	43,20 €	32,39 €
50-59 ans	8,86 €	6,65 €	14,77 €	11,09 €	23,63 €	17,72 €	29,54 €	22,16 €	35,45 €	26,59 €	44,31 €	33,25 €	59,09 €	44,31 €
60-64 ans	11,61 €	8,71 €	19,36 €	14,52 €	30,97 €	23,23 €	38,61 €	28,96 €	46,35 €	34,77 €	57,97 €	43,48 €	77,31 €	58,00 €
Pour les enfants mineurs, le montant de l'indemnité journalière sera égal à 50% du montant de l'indemnité journalière de l'adhérent.														
Par enfant mineur	2,04 €		3,36 €		5,50 €		6,82 €		8,15 €		10,19 €		13,65 €	



Notice d'Information

CSF hospitalisation, contrat d'assurance de groupe n° A 414912 à adhésion facultative **souscrit par CSF** auprès de **SwissLife Prévoyance et Santé** par l'intermédiaire de **SPB** et distribué par **Progretris** 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 1er juillet 1901 ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 PARIS.

CSF Assurances - SARL de courtage d'assurance au capital de 450 000 euros ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 PARIS - 322 950 148 RCS Paris - ORIAS⁽¹⁾ n° 07 008 834.

Progretris - SARL de courtage d'assurance au capital de 5 000 000 euros ayant son siège social 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 PARIS - 509 364 972 RCS Paris - ORIAS⁽¹⁾ n° 09 050 053

SPB - SAS au capital de 1 000 000 euros - 71 quai Colbert - CS90000 - 76095 Le Havre Cedex - 305 109 779 RCS Le Havre - société de courtage d'assurances - ORIAS⁽¹⁾ n° 07 002 642.

SwissLife Prévoyance et Santé - SA au capital de 150 000 000 euros ayant son siège social : 7 rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret - Entreprise régie par le Code des assurances - 322 215 021 RCS Nanterre.

CSF Assurances, Progretris, SPB et SwissLife Prévoyance et Santé sont soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

⁽¹⁾ Site internet www.orias.fr

La gestion des adhésions au contrat est effectuée par SPB, sur 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, 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 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 Aggression, 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 cesse à l'égard des enfants mineurs de l'Adhérent 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 ANTERIEURS 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 dans le monde entier, sous réserve que la durée du séjour dans tout pays autre que la France soit 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 - 71, quai Colbert CS 90000 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.

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'Adhèrent. 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.

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

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, SPB adresse à l'Adhèrent 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.

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. Cette modification sera notifiée par SPB à l'Adhèrent, au moins trois mois avant sa prise d'effet.

De plus, l'assureur pourra être amené à réviser le montant de la cotisation, en cas de modifications réglementaires, fiscales ou législatives. Dans ce cas, les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance mensuelle qui suit immédiatement l'événement.

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'Adhèrent, sous réserve de l'encaissement de la cotisation.

• **Renonciation :** L'Adhèrent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date prise d'effet de l'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à SPB - CSF Hospitalisation - 71, quai Colbert CS 90000 76095 Le Havre Cedex. Elle peut être faite selon le modèle de lettre ci-après. Conformément à l'article L112-2-1 du Code des Assurances, le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion, à la demande expresse de l'adhérent avant la fin du délai de renonciation. Dans ce cas, l'Adhèrent est réputé renoncer à son droit de renonciation pour la période restant à courir.

La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle, pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle renonciation.

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 4149/2, 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".

• **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'Adhèrent devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier recommandé à SPB, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. À défaut d'information, les communications de SPB, de l'Assureur ou du Souscripteur seront valablement adressées à l'Adhèrent à son dernier domicile connu d'eux.

VIII - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

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

- **Par l'Adhèrent :** 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 - 71, quai Colbert CS 90000 76095 Le Havre Cedex).
- **Par l'Assureur :**
 - 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'Adhèrent devant en être informé au moins 3 mois à l'avance ;
 - le jour du décès de l'Adhèrent ;
 - 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.

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'Adhèrent 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'Adhèrent.

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'Adhèrent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhèrent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont l'assignation en justice, même en référé, le commandement ou la saisie, de même que la reconnaissance par une partie du droit de l'autre partie.

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.

• **Loi Informatique et Libertés (Loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée) :** Les données à caractère personnel concernant l'adhérent sont recueillies et traitées à des fins d'exécution et de gestion du contrat, et, dans ce contexte, les informations communiquées ont un caractère obligatoire. Les destinataires des données sont le personnel des services concernés de SPB et/ou de ses sous-traitants et le cas échéant des partenaires. Les données pourront également être transmises à des partenaires commerciaux et utilisées à des fins de prospection.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'Adhèrent bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et de suppression sur les données à caractère personnel le concernant. L'Adhèrent peut exercer ce droit, à tout moment, auprès de : SPB, Département Banque et Prévoyance, 71, Quai Colbert - CS 90000 76095 Le Havre Cedex. L'Adhèrent peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant. Toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir à identifier la fraude.

• Examen des réclamations :

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations SPB Département Réclamations 71 quai Colbert CS90000 76600 Le Havre. Le Département Réclamations de SPB s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 mois suivant sa date de réception. En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Département Réclamations de SPB, l'Adhèrent peut alors s'adresser au Département Médiation de Swiss Life (cf. ci-dessous).

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA

Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

• Votre interlocuteur :

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

SPB - Opération CSF
CSF HOSPITALISATION
 71, quai Colbert
 CS 90000 76095 LE HAVRE CEDEX
 Tel : 0 800 000 112 - Fax : 02 32 74 22 32

