

GARANTIES D'ASSURANCE Plan Sérénité Hospitalisation



Conditions Générales

Introduction

Dans les Conditions Générales ci-après, **vous** trouverez des mots en gras. Afin de prendre connaissance de leur signification spécifique à ce **contrat**, leurs définitions sont à votre disposition à la section « 13- Définitions ».

Le contrat est composé des conditions générales, des conditions particulières et de tout bulletin de souscription utilisé pour demander la souscription de ce contrat.

En qualité de souscripteur, vous avez la possibilité de cumuler la présente assurance avec toute autre police d'assurance souscrite par ailleurs.

SECTION 1 : QU'EST CE QUE LE PLAN SÉRÉNITÉ HOSPITALISATION ?

Le Plan Sérénité Hospitalisation est conçu pour indemniser les **personnes assurées** en cas d'**hospitalisation** à la suite d'un **accident** ou d'une **maladie**.

La garantie d'assurance **vous** assure le versement d'une **indemnité** en cas d'**hospitalisation** survenant, au plus tard, quatre vingt dix (90) **jours** après l'**accident**, ou en cas d'**hospitalisation** à la suite d'une **maladie**.

SECTION 2. QUI PEUT SOUSCRIRE À CE CONTRAT ?

Pour souscrire à ce **contrat**, **vous** devez, à la **date de prise d'effet du contrat** :

- avoir entre 18 ans et l'**âge limite de souscription** indiquée dans les **conditions particulières** ; et
- avoir **votre domicile fiscal en France**.

SECTION 3. QUELLES SONT LES GARANTIES ?

Les garanties telles que proposées ci-dessous ont pour but le versement d'**indemnités** journalières, dans la limite de 365 jours d'**hospitalisation**, en cas d'**hospitalisation** à la suite d'un **accident** ou d'une **maladie**. L'**accident** ou le premier jour de l'**hospitalisation** à la suite d'une **maladie** doit survenir pendant la période de validité du **contrat**.

En cas d'**accident**, **vous** êtes garanti immédiatement. En revanche, en cas d'**hospitalisation** à la suite d'une **maladie**, **vous** êtes garanti pour toute **hospitalisation** débutant après le **délat d'attente** précisé sur les conditions particulières.

Le **délat d'attente** est également applicable à compter de toute augmentation des garanties relative aux montants des **indemnités** ou pour tout nouveau **conjoint** assuré et commence à courir à compter de la **date de prise d'effet de l'avenant**.

L'**indemnité** que **nous** verserons variera selon la cause de l'**hospitalisation**. L'**indemnité** journalière perçue en cas d'**hospitalisation** suite à un **accident** sera le double de celle prévue en cas d'**hospitalisation** suite à une **maladie**.

Par ailleurs, si **vous** possédez plusieurs contrats émis par Stonebridge International Insurance Ltd., le plafond des **indemnités** maximum de tous les **contrats** d'assurances cumulés émis par Stonebridge International Insurance Ltd. pour un seul **accident** est de 500 000 € (cinq cent milles euros).

Enfin, notez que l'**indemnité** en cas d'**hospitalisation** à la suite d'un **accident** n'est pas due si l'**hospitalisation** intervient plus de quatre-vingt dix **jours**

après l'**accident** et la période de l'**hospitalisation** doit être au minimum de 24 heures consécutives. Dans le cas d'une **hospitalisation** à la suite d'un **accident** qui a lieu plus de 90 jours après l'**accident**, mais toujours pendant la validité du **contrat**, **nous** payons le montant de l'**indemnité** à la suite d'une **maladie** qui figure dans les **conditions particulières**.

A. Indemnités dues en cas d'hospitalisation d'une Personne Assurée à la suite d'un accident

En cas d'**hospitalisation** d'une **personne assurée** à la suite d'un **accident**, le montant de l'**indemnité** à verser figure dans les **conditions particulières** à la section « **A. Indemnités dues en cas d'hospitalisation d'une personne assurée à la suite d'un accident** ».

L'**indemnité** ne peut être versée que si l'**accident** et l'**hospitalisation** se sont produits pendant que le **contrat** est en vigueur.

B. Indemnités dues en cas d'hospitalisation d'une Personne Assurée à la suite d'une maladie

En cas d'**hospitalisation** à la suite d'une **maladie**, le montant de l'**indemnité** à verser figure dans les **conditions particulières** à la section « **B. Indemnités dues en cas d'hospitalisation d'une personne assurée à la suite d'une maladie** ».

En cas d'**hospitalisation** à la suite d'une **maladie**, le premier jour de l'**hospitalisation** doit s'effectuer pendant que le **contrat** est en vigueur.

SECTION 4. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS DE GARANTIES ?

Nous ne verserons pas d'**indemnité** en cas d'**hospitalisation** qui :

- résulte d'un état pathologique (maladie ou dommage corporel ou leurs symptômes) préexistant de la **personne assurée** ayant donné lieu ou pas à un diagnostic, (i) préalable à la **date de prise d'effet du contrat**, (ii) connu de la **personne assurée** et (iii) pour lequel la **personne assurée** pourrait avoir reçu un conseil ou traitement médical pendant les 12 mois précédant la **prise d'effet du contrat** ou la **date de prise d'effet de l'avenant** dans le cas de l'addition d'une assurance pour un **conjoint** ;
- est due à un **accident** résultant d'une automutilation, d'un suicide ou tentative de suicide, ou d'un comportement dangereux ou imprudent pouvant provoquer un **dommage corporel** important ou la mort ;
- est due à un **accident** résultant directement des circonstances dans lesquelles la **personne assurée** est sous l'influence d'alcool, ou de stupéfiants, médicaments ou traitements, non prescrits par un **médecin** ou ne respectant pas les prescriptions médicales ou les instructions ou recommandations d'utilisation du fabricant, et qui sont confirmées dans un rapport officiel, par un témoignage, un moyen ou une preuve indépendants ;
- est due à un **accident** résultant d'un état alcoolique de la **personne assurée** conduisant un véhicule au moment de l'**accident**, caractérisé par la présence d'un taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur à celui fixé par la législation routière en vigueur au lieu et moment de l'**accident** ;
- est due à un **accident** s'étant produit alors que la **personne assurée** a refusé de se soumettre aux

opérations de dépistage de l'alcoolémie ou de l'usage de drogues ou de stupéfiants prévues par la législation routière en vigueur au lieu et moment de l'**accident** ;

- est due, d'après les conclusions d'un **médecin**, à une **maladie** résultant d'un abus d'alcool ou de stupéfiants ou de la consommation abusive de médicaments ;
- résulte d'un **accident** survenu à la suite d'un délit de fuite ou de refus d'obtempérer de la **personne assurée** ;
- résulte de complications associées à la grossesse, la naissance ou la contraception ;
- résulte de traitements et opérations de chirurgie esthétique ou plastique qui ne sont pas la conséquence d'un **accident** ;
- résulte d'une affection mentale, neurologique ou psychique, y compris le stress, l'anxiété, la dépression ou le syndrome dépressif post natal ;
- résulte d'une infection liée au virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou en lien avec un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ;
- résulte (i) de radiations, ou (ii) d'une contamination ou (iii) des effets d'une radiation ou contamination biologique ou chimique ou (iv) des effets d'agents biologiques ou chimiques, sauf dans le cas où il s'agit d'une **maladie** provoquée par une intoxication alimentaire ;
- est due à un **accident** survenu (i) lors d'une plongée sous-marine, (ii) lors d'une escalade réalisée avec le recours aux services d'un guide ou l'utilisation de cordes, (iii) lors d'une activité de spéléologie ou (iv) d'un saut en parachute ;
- est due à un **accident** survenu lors d'une activité aérienne alors que l'assuré se trouvait à bord d'un appareil en qualité distincte de celle de simple passager de lignes régulières ou « charter » dument agréées pour le transport payant des voyageurs, ou dont le pilote ne disposait pas des qualifications nécessaires ;
- à la suite d'un **accident** survenu alors que la **personne assurée** participait, en qualité de concurrent, d'organisateur ou de participant, à quelque titre que ce soit, à des épreuves et courses sportives réglementées (ou à leurs essais préparatoires) ;
- est due à un **accident** survenu alors que la **personne assurée** commet (en qualité d'auteur ou de complice) ou tente de commettre une infraction pénale quelconque ;
- résulte d'un **accident** survenu sur un territoire situé hors de France à caractère dangereux (maladies, épidémies, instabilité sociale et politique, catastrophes naturelles...) ayant fait l'objet d'un avertissement ou d'une recommandation de limitation de déplacement de la part du Gouvernement aux résidents en **France** ;
- est due à un **accident** résultant d'une guerre ou d'un fait de guerre (que celle-ci soit déclarée ou non), de guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires ;
- est due à un **accident** survenu alors que la **personne assurée** est en service dans les forces armées, y compris à l'occasion d'entraînements ;
- est causée par l'erreur ou la négligence médicale du **médecin** ou de l'équipe médicale ayant soigné la **personne assurée**.

• Lorsque la personne assurée a aggravé elle-même son état de santé quand, notamment l'avis médical n'a pas été pris en compte ou lorsque le médecin de santé n'a pas été consulté dans un temps raisonnable

SECTION 5. A QUELLE DATE PRENDRA EFFET MA GARANTIE?

La garantie commence dès la **date de prise d'effet du contrat** indiquée dans les **conditions particulières**.

Le **contrat** prend alors effet pour une **DURÉE D'UN MOIS** et sera automatiquement renouvelé chaque mois, par tacite reconduction, pour une même durée, à condition que la **prime** soit payée par le **souscripteur** sans qu'il ne soit constaté d'incident de paiement. La durée de la tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année. En application de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, les dispositions encadrant la fourniture à distance du **contrat** ne s'appliquent qu'en vue et lors du contrat initial.

En cas de tacite reconduction, les différents délais prévus dans le **contrat**, ainsi que leurs effets, s'apprécient de telle sorte qu'ils ne sont pas interrompus ou affectés par la reconduction du **contrat**.

Durant la validité du **contrat**, tout changement de la garantie fera l'objet d'un **avenant**. Cette nouvelle garantie commencera dès la **date de prise d'effet de l'avenant** indiquée dans les **conditions particulières** de celui-ci.

La garantie est valable uniquement si la **personne assurée** a entre 18 ans et l'**âge limite de souscription** au moment de la **prise d'effet du contrat** ou de la **prise d'effet de l'avenant** indiquée dans les **conditions particulières**.

SECTION 6. A PARTIR DE QUEL MOMENT MON CONTRAT PREND FIN ?

A. Le **contrat** prend fin à compter de la réalisation de l'un au moins des événements ou dates suivants :

- Le décès du **souscripteur** ;
- La date à laquelle le **souscripteur** atteint l'**âge de fin des garanties** ;
- la date du paiement de la cotisation si cette cotisation n'est pas payée dans les délais prévus à la section 8 ;
- La date de résiliation du **contrat** par **vous** ou par **nous** (voir les conditions de la section 7).

B. La garantie pour un **conjoint** prend fin :

- à la date du décès du conjoint ;
- dès lors que le **conjoint** ne remplit plus les conditions de "**conjoint**" telles que définies à la section 13 du **contrat** ;
- et/ou quand le **conjoint** a atteint l'**âge limite de fin de garantie**.

En cas de survenance de l'une des situations définies à la section 6 B., **vous** devez **nous** en informer afin que **nous mettions à jour votre contrat** pour **vous** éviter ainsi le paiement non nécessaire d'une partie de la cotisation.

SECTION 7. COMMENT METTRE FIN A MON CONTRAT ?

A. **Droit de Rétractation dans les 30 jours suivant la Date de Prise d'Effet du Contrat**

Vous avez le droit de renoncer, à **votre contrat**, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités, dans les **30 jours** suivant sa souscription, en faisant usage de **votre** droit de rétractation, à condition que **vous** n'ayez pas déclaré de sinistre avant la réception de votre lettre recommandée de

rétractation. La première cotisation mensuelle étant entièrement prise en charge par l'**assureur**, la résolution par rétractation ne donnera pas lieu à un remboursement de cotisation par le **souscripteur** ou par l'**assureur**.

La demande de rétractation doit être effectuée par l'envoi d'une lettre recommandée à **notre centre de service clientèle**, selon le modèle ci-après : « *Monsieur le Directeur, Je soussigné (nom, prénom et adresse du souscripteur) déclare renoncer au Contrat Plan Sérénité Hospitalisation.* » en précisant la date et en apposant **votre** signature.

B. **Droit de dénonciation du contrat à l'expiration du délai de rétractation**

Vous avez le droit de résilier **votre contrat** à tout moment en composant le numéro gratuit figurant sur les **conditions particulières** ou en adressant à **notre centre de service clientèle** un avis écrit sur lequel figurent **votre** nom, adresse et numéro de **contrat**.

La résiliation de **votre contrat** prendra effet à la date du prélèvement mensuel suivant la réception de **votre** avis de résiliation du **contrat**.

De même, **nous** avons le droit de résilier **votre contrat** à chaque échéance de celui-ci, sous réserve d'un préavis écrit de 2 (deux) mois, par lettre adressée à **votre** dernière adresse connue.

La résiliation du **contrat** de **votre** part ou de la **notre** entraînera, à sa date d'effet, la cessation de l'obligation de paiement de la cotisation.

En cas de résiliation de **notre** part et si le contrat a une durée de plus de deux ans, **nous** nous engageons à maintenir sur votre demande, des garanties équivalentes à celles dont **vous** bénéficiez à la date de la résiliation.

SECTION 8. QUAND DOIS-JE PAYER LA COTISATION ?

Dès la conclusion du **contrat**, **vous** devez payer la cotisation due à la date de paiement de la première cotisation précisée dans les **conditions particulières**, et puis mensuellement au même **jour** du mois de la **date de prise d'effet du contrat**.

Comme **vous** disposez de **30 jours** de période de gratuité avec ce **contrat**, la date du paiement de la première cotisation est de **30 jours** après la **date de prise d'effet du contrat**. Toutefois, le bénéfice de cette gratuité ne s'applique qu'au premier **contrat** (incluant le **contrat** initial) en cas de tacite reconduction du **contrat** initial.

Vous disposez d'un délai de dix (10) **jours** pour procéder au paiement de la cotisation mensuelle.

A défaut de règlement dans ce délai, une mise en demeure **vous** sera adressée et **vous** disposerez alors d'un délai de trente (30) **jours** à compter de la première présentation de la mise en demeure pour régulariser **votre** paiement.

A défaut de règlement de **votre** part de la cotisation exigible dans ce délai, **votre** garantie sera suspendue jusqu'à ce que toutes les cotisations exigibles aient été réglées.

Si **vous** payez toutes les cotisations, en incluant celles devenues exigibles durant la période de suspension de couverture, alors la garantie reprendra effet, pour l'avenir et à l'exclusion des sinistres survenus pendant la période de suspension de la couverture, à midi le lendemain du **jour** où ont été payées toutes les cotisations.

Nous avons le droit de résilier **votre contrat** **40 jours** à compter de la première présentation de la mise en demeure.

SECTION 9. MODIFICATION DU CONTRAT

En cas de modification des conditions applicables à **votre contrat**, **nous** **vous** adresserons, au moins **30 jours** avant la prise d'effet de ces modifications, un **avenant** de modification.

SECTION 10. COMMENT DÉCLARER UN SINISTRE

A. **Modalités**

Si **vous** souhaitez déclarer un sinistre, veuillez appeler le numéro gratuit qui figure dans les **conditions particulières** et demander un formulaire de déclaration de sinistre.

Nous **vous** demanderons les informations nécessaires pour évaluer **votre** sinistre.

Seuls peuvent déclarer le sinistre le **bénéficiaire** ou le représentant de la **personne assurée**.

Une fois que **nous** avons pris la décision de prendre en charge le sinistre et que **nous** avons reçu toutes les pièces justificatives nécessaires à l'instruction du dossier et qui vous seront demandées par le **centre de service clientèle** à la réception de **votre** déclaration, ainsi que le formulaire de déclaration de sinistre, **nous** réglerons les **indemnités** au **bénéficiaire** dans un délai de **15 jours**. Le règlement du sinistre ne peut intervenir que si le dossier est complet.

Aucun intérêt sur les **indemnités** payées ne saurait en aucun cas être dû par l'**assureur**.

Afin de veiller à une gestion efficace de **votre** déclaration de sinistre, **nous** avons la faculté de désigner une société distincte pour traiter les déclarations de sinistre en notre nom.

B. **Prescription**

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du **jour** où l'**assureur** en a eu connaissance ;

- 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 la **personne assurée** 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 la **personne assurée** ou a été indemnisé par cette dernière.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les **accidents** atteignant les personnes, lorsque les **bénéficiaires** sont les ayants droit de la **personne assurée** décédée.

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 la **personne assurée** en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par la **personne assurée** à l'**assureur** en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les conditions et montants des **indemnités** dues par l'**assureur** sont indiqués dans les **conditions particulières**.

SECTION 11. QUE FAIRE EN CAS DE RÉCLAMATION ?

En cas de contestation relative à l'exécution du **contrat**, **vous** pourrez **nous** contacter au **centre de service clientèle** au numéro gratuit qui figure dans les **conditions particulières**.

Si un désaccord subsiste suite à notre réponse, **vous** pouvez **vous** adresser au médiateur indépendant dont le **centre de service clientèle vous** indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice de l'exercice d'autres voies d'actions judiciaires.

Si après cela, le désaccord persiste, une expertise sera organisée entre un expert que **vous** désignerez et un expert désigné par **nous**. Si les experts ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent, d'un commun accord, un troisième expert. Les trois experts opèrent à la majorité des voix.

Faute pour les parties de nommer un expert, ou pour les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par ordonnance du président du Tribunal de grande instance du dernier domicile connu en France du **souscripteur**. Le président du Tribunal de grande instance est saisi par simple requête signée des deux parties ou d'une seule, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son expert. S'il y a lieu, les honoraires et frais du tiers expert ainsi que les frais de sa nomination sont supportés à moitié par **nous** et à moitié par **vous**.

SECTION 12. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

A. Devise

Toutes les **indemnités** seront versées en euros.

B. Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, le **contrat** est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de la **personne assurée**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou l'aggrave pour l'**assureur**, alors même que le risque omis ou dénaturé par la **personne assurée** a été sans influence sur le sinistre.

En conséquence, toute fraude, toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle, intervenant soit dans les informations que **vous** fournissez lors de la conclusion de ce **contrat**, soit lorsque **vous** faites une déclaration de sinistre au titre de ce **contrat**, privera la garantie de tous ses effets; et l'ensemble des droits aux **indemnités** et des primes payées sera perdu.

Dans le cas d'une omission ou d'une déclaration inexacte de la part de la **personne assurée** dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant tout sinistre, **nous** avons le droit soit de maintenir le **contrat**, moyennant une augmentation de prime acceptée par **vous**, soit de résilier le **contrat** dix jours après notification adressée à **vous** par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'**indemnité** est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui aurait été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

C. Loi applicable et langue

Ce **contrat**, de même que les relations précontractuelles entre le **souscripteur** et l'**assureur** sont régis par le droit français. Toutes les informations ont été fournies en français. **Nous**

continuerons à communiquer avec **vous** et toute **personne assurée** en français.

D. Fonds de garantie des services financiers britanniques

Vous et toute **personne assurée** êtes également couverts par le fonds de garantie des services financiers britanniques (FSCS) et **vous** pouvez en demander l'intervention en cas de défaillance de l'**assureur**.

De plus amples informations concernant les modalités d'intervention du fonds de garantie des services financiers britanniques (FSCS) sont fournies par ce dernier à l'adresse Internet www.fscs.org.uk ou sur appel téléphonique au 0044 20 7892 7300.

SECTION 13. DEFINITIONS

Vous trouverez ci-dessous les définitions des mots figurant en gras dans le **contrat** et ayant une signification bien spécifique à ce contrat :

Accident : désigne une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la **personne assurée**, survenant dans les conditions prévues au **contrat** dans le **territoire géographique assuré**, alors que le **contrat** est en vigueur et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et/ou violente.

Âge de fin des garanties : désigne l'âge maximum indiqué dans les **conditions particulières** au-delà duquel il n'y a plus de couverture pour la **personne assurée** qui atteint cet **âge de fin des garanties**.

Âge limite de souscription : désigne l'âge maximum au-delà duquel les **personnes assurées** ne peuvent plus souscrire de **contrat** et qui est indiqué dans les **conditions particulières**.

Assureur, nous ou notre : désigne Stonebridge International Insurance Ltd., entreprise d'assurance de droit anglais spécialisée en assurance accident qui opère en France en libre prestation de services, ayant son siège social à Braywick Gate, Braywick Road, Maidenhead, Berkshire SL6 1DA, Royaume Uni, immatriculée au Royaume-Uni, sous le numéro 3321734.

Avenant : désigne toute addition ou modification au **contrat** par l'**assureur**.

Bénéficiaire : désigne la personne assurée qui reçoit les prestations versées par l'**assureur** en cas d'**hospitalisation** à la suite d'un accident ou d'une maladie de cette même personne .

Sauf stipulation contraire, en cas de décès d'une personne assurée, sont désignés comme **bénéficiaires**, le **conjoint** survivant, les enfants nés ou à naître de la **personne assurée** ou leurs représentants, les héritiers ou ayants droit de la **personne assurée**.

Le **souscripteur** peut toutefois désigner le ou les **bénéficiaire(s)** ultérieurement par **avenant**. La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Lorsque le **bénéficiaire** est nommément désigné, le **souscripteur** est invité à indiquer à l'**assureur**, par lettre recommandée avec accusé de réception, les

coordonnées de ce dernier, qui seront utilisées par l'**assureur** en cas de décès de la **personne assurée**.

Le **souscripteur** peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le **bénéficiaire**.

Centre de service clientèle : désigne le centre de service clientèle défini dans les **conditions particulières**.

Conditions générales : désigne les présentes **conditions générales** qui font partie du **contrat** et qui contiennent des informations d'ordre général qui précisent les éléments généraux de **vo**tre assurance.

Conditions particulières : désigne les **conditions particulières** qui font partie du **contrat** et qui contiennent des informations importantes qui sont spécifiques à **vo**tre assurance.

Conjoint : désigne la personne :

- officiellement mariée ou ayant conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) avec **vous** ; ou
- qui cohabite avec **vous** depuis une période continue d'au moins 12 mois à la **date de prise d'effet du contrat** ou au moins 12 mois à la **date de prise d'effet de l'avenant** et qui ne soit pas elle-même mariée ou cocontractante d'un PACS.

Contrat : désigne le **contrat** d'assurance composé des conditions générales, des **conditions particulières** et tout bulletin de souscription, le cas échéant, utilisé pour **nous** fournir des informations.

Date de prise d'effet de l'avenant : désigne la date d'acceptation de tout changement du **contrat**, selon le cas, par le **souscripteur** ou l'**assureur**.

Date de prise d'effet du contrat : désigne le **jour**, le mois et l'année de prise d'effet de **vo**tre garantie, tels que précisés dans les **conditions particulières**.

Délai d'attente : désigne la période commençant à courir, selon le cas, à compter (i) de la **date de prise d'effet du contrat** ou (ii) de la **date de prise d'effet de l'avenant** et dont la durée est prévue dans les Conditions Particulières. Pendant ce **délai d'attente**, les garanties ne donnent pas lieu à une prise en charge et donc toute hospitalisation débutant pendant ce **délai d'attente** ne donne pas lieu à une indemnisation.

Dommege Corporel : désigne le préjudice corporel directement causé par un **accident** à l'exclusion d'autres causes comme la **maladie**, et se traduisant directement par l'**hospitalisation**.

Donnée : désigne toute information relative à une personne physique visée dans le **contrat** et permettant de l'identifier ou de la rendre identifiable, directement ou indirectement.

France : comprend uniquement les territoires

métropolitains de la République française, y compris la Corse, mais excluant les Départements d'Outre-Mer et autres collectivités territoriales d'Outre-Mer.

Hôpital : désigne un hôpital public ou une clinique privée (conventionnée ou non) disposant d'un bloc opératoire et d'installations complètes de chirurgie et de traitement de patients hospitalisés et offrant des soins infirmiers 24 heures sur 24. La notion d'hôpital ne comprend pas l'établissement ou la section d'un établissement fonctionnant principalement comme :

- une maison ou un service de convalescence, de rééducation, de repos ou de soins infirmiers; ou
- un service offrant principalement des soins de garde ou d'éducation; ou
- un service pour personnes âgées, droguées ou alcooliques; ou
- un service dispensant des soins à domicile.

Hospitalisé / hospitalisation : désigne le séjour en qualité de patient dans un **hôpital** pour le **traitement nécessaire** consécutif à un **dommage corporel** lié à un **accident** ou le **traitement nécessaire** à la suite d'une **maladie**. Cette **hospitalisation** doit être prescrite par un médecin et doit être d'une durée d'au moins 24 heures consécutives. L'hospitalisation ne comprend pas les

soins, le traitement et la mise en observation éventuelle prodigués aux patients en consultation externe.

Indemnité(s) : désigne le montant de la garantie précisé dans les **conditions particulières** pour chaque **personne assurée**.

Jour : désigne une période de vingt-quatre heures consécutives.

Maladie : désigne toute atteinte involontaire à la santé physique ou mentale qui n'est pas due à un **accident** et qui exige un **traitement nécessaire**.

Médecin : désigne une personne inscrite à l'Ordre des médecins dûment autorisée et qualifiée pour établir un diagnostic et traiter des **maladies** et des **dommages corporels**. Ni **vous-même**, un membre de **votre** famille ou quelqu'un qui habite à la même adresse que **vous** ne pouvez être considérés comme **médecin** au titre du **contrat**.

Personne assurée : se réfère à toute **personne assurée** au titre du **contrat** et désignée dans les **conditions particulières**.

Souscripteur, vous, vos ou votre : désigne la personne physique ou morale qui a souscrit le

contrat, qui paie les primes du **contrat** et qui légalement peut modifier par **avenant** ou résilier le **contrat** dans les conditions qui y sont définies.

Territoire géographique assuré : désigne le territoire géographique ou zone où un **accident** peut survenir, être couvert et qui est indiqué dans les **conditions particulières**.

Traitement Nécessaire : désigne le traitement médical correspondant aux pratiques médicales actuellement reconnues en France et qui sont strictement nécessaires au rétablissement de la **maladie** ou du **dommage corporel**. Toute **hospitalisation**, toute opération, tout traitement non considéré comme une pratique médicale reconnue en France, par un organisme médical réputé n'est pas considéré comme un **traitement nécessaire**. Les traitements ou les services de nature expérimentale ne sont pas non plus considérés comme un **traitement nécessaire**. **Nous** sommes susceptibles de faire appel, à nos frais, à des organismes d'expertises médicales ou d'autres avis médicaux professionnels pour déterminer si les services de soins médicaux sont :

- nécessaires d'un point de vue médical; et
- respectueux des normes professionnelles de soins et, reconnus en ce qui concernent leur qualité, leur fréquence et leur durée.