

## CONDITIONS GÉNÉRALES

---

TRADUCTION

## INDEX

	Pages
CONDITIONS GÉNÉRALES.....	1
CHAPITRE I	
CONCEPTS DE BASE.....	3
1. Clause préliminaire.....	3
2. Définitions.....	3
CHAPITRE II	
ACCÈS AUX COUVERTURES.....	5
1. Forme de prestation des services.....	5
2. Accès au remboursement des frais sanitaires.....	6
CHAPITRE III	
AUTRES CLAUSES.....	7
1. Paiement de primes.....	7
2. Domiciliation des paiements.....	7
3. Autres obligations, devoirs et facultés du preneur de l'assurance et/ou de l'assuré.....	7
4. Autres obligations de la compagnie d'assurances.....	8
5. Durée du contrat.....	9
6. Perte de droits, résiliation du contrat.....	9
CHAPITRE IV	
INFORMATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	10
1. Le responsable du traitement des données à caractère personnel et le délégué à la protection des données.....	10
2. Finalité du traitement des données à caractère personnel.....	10
Traitements obligatoires.....	10
Traitements volontaires.....	10
Délai de conservation des données à caractère personnel.....	11
3. Destinataires des données à caractère personnel (cessions de données).....	11
4. Droits de l'intéressé concernant le traitement de ses données à caractère personnel.....	11
5. Origine des données.....	12
CHAPITRE V	
COMMUNICATION, JURIDICTION ET INSTANCES DE RÉCLAMATION.....	13
1. Communications et juridiction.....	13
2. État et autorité de contrôle de la compagnie d'assurances.....	13
3. Instances de réclamation.....	13
4. Prescription.....	13
CHAPITRE VI	
COUVERTURE D'ASSISTANCE EN VOYAGE À L'ÉTRANGER.....	14
1. Dispositions préliminaires.....	14
2. Garanties, limites et exclusions d'assistance en voyage.....	14
3. Dispositions additionnelles.....	19

## CONCEPTS DE BASE

---

### 1. Clause préliminaire

1. L'activité d'assurance exercée par SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros est soumise au contrôle des autorités de l'État espagnol, l'organe compétent en la matière étant la Direction générale des assurances et fonds de pensions du ministère de l'Économie et de la Compétitivité.

2. Le présent contrat est régi par les dispositions de la loi 50/1980, du 8 octobre, sur le Contrat d'assurance (ci-après, la loi) et par les autres réglementations espagnoles en matière d'assurances privées, ainsi que par les dispositions des conditions générales, particulières et, s'il y a lieu, des conditions spéciales du contrat lui-même.

### 2. Définitions

Aux effets de cette police d'assurance les définitions suivantes seront appliquées :

**Accident** : la lésion corporelle subie pendant la durée du contrat d'assurance qui dérive d'une cause violente, soudaine, externe et étrangère à l'intention de l'assuré.

**Assuré** : la personne ou les personnes naturelles sur lesquelles porte l'assurance.

**Carte sanitaire** : document propriété de l'assureur, qui est délivré et remis à chaque assuré, inclus dans la police et dont l'utilisation, personnelle et non transférable, est nécessaire pour recevoir les services couverts par la police d'assurance.

**Compagnie d'assurances** : SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, organisme qui assume le risque contractuellement convenu.

**Conditions particulières** : document qui fait partie intégrante de la police d'assurance dans lequel sont concrétisés et détaillés les aspects du risque assuré.

**Délai ou période de carence** : intervalle de temps pendant lequel certaines des couvertures incluses dans les garanties de la police d'assurance ne sont pas effectives. Ce délai est calculé par mois comptés à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance pour chacun des assurés qui y sont compris.

**Franchises / co-paiement** : montant que le preneur doit verser à la compagnie d'assurances pour collaborer à la couverture financière de chaque service sanitaire utilisé par les assurés inclus dans sa police d'assurance. Ce montant est différent en fonction des différents types de services sanitaires et/ou de spécialités médicales et de leur montant, qui est déterminé dans les conditions particulières, et chaque annualité de l'assurance peut être actualisée.

**Groupe assurable** : ensemble de personnes physiques délimité par une caractéristique commune étrangère à l'intention de contracter l'assurance.

**Groupe assuré** : ensemble des assurés.

**Hôpital ou clinique** : tout établissement, public ou privé, légalement autorisé à traiter des maladies, lésions ou accidents, doté d'une présence médicale permanente et des moyens nécessaires pour effectuer des diagnostics et des interventions chirurgicales.

**Hospitalisation** : l'enregistrement de l'admission de la partie assurée en tant que patient et de son séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 24 heures.

**Hospitalisation de jour** : elle représente le fait qu'une personne soit inscrite comme patiente dans les unités de l'hôpital ainsi appelées, qu'elles soient médicales, chirurgicales ou psychiatriques, pour recevoir un traitement concret ou pour avoir été sous les effets d'une anesthésie et ce, pour une période de temps inférieure à 24 heures.

**Implant chirurgical** : produit sanitaire conçu pour être implanté, totalement ou partiellement, dans le corps humain moyennant une intervention chirurgicale et destiné à y rester après cette intervention.

**Intervention chirurgicale :** toute opération impliquant une incision ou toute autre voie d'approche interne réalisée par un chirurgien et qui nécessite normalement l'utilisation d'une salle d'opération dans un hôpital.

**Liste des médecins :** liste éditée des professionnels et des établissements sanitaires propres ou faisant l'objet d'accords passés par la compagnie d'assurances dans chaque province, qui indique leur adresse, leur numéro de téléphone et leurs horaires. Aux effets de cette assurance, les listes de médecins de la compagnie d'assurances sont considérées comme étant à la fois celles des provinces dans lesquelles elle opère directement et celles des autres provinces dans lesquelles elle opère grâce à des accords passés avec d'autres compagnies d'assurances. Dans chaque liste de médecins provinciale figurent en plus des professionnels et des établissements sanitaires de la province, les services d'information et les numéros de téléphone d'assistance de l'assuré sur tout le territoire national. Le preneur et les assurés sont informés et assument que les professionnels et les centres qui constituent la liste de médecins agissent en toute indépendance de critère, en toute autonomie et sous leur responsabilité exclusive dans le domaine de la prestation sanitaire qui leur est propre.

**Maladie :** toute altération de la santé de l'assuré non due à un accident, diagnostiquée par un médecin, qui justifie la prestation d'une assistance sanitaire et dont les premières manifestations se présentent pendant la durée du contrat d'assurance.

**Maladie, lésion, défaut ou déformation congénitale :** ceux qui existent au moment de la naissance, en raison de facteurs héréditaires ou d'affections acquises pendant la grossesse jusqu'au moment même de la naissance. Une affection congénitale peut se manifester et être reconnue immédiatement après la naissance ou être découverte plus tard, à tout moment de la vie de l'assuré.

**Maladie préexistante :** celle dont l'assuré est atteint avant la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance.

**Médecin généraliste ou généraliste :** licencié ou docteur en médecine, légalement qualifié et habilité à traiter médicalement ou chirurgicalement la maladie ou la lésion dont souffre l'assuré.

**Médecin spécialisé ou spécialiste :** médecin qui a les diplômes nécessaires pour exercer sa profession dans une des spécialités médicales légalement reconnues.

**Personnel infirmier :** personnel professionnel légalement qualifié et habilité à exercer l'activité d'infirmier.

**Police d'assurance :** le document ou les documents qui contiennent les clauses et les accords qui régissent le contrat d'assurance. Ces conditions générales, les conditions particulières qui identifient le risque et les conditions spéciales, s'il y a lieu, ainsi que les annexes qui stipulent, le cas échéant, les modifications convenues pendant la durée du contrat, font partie intégrante et inséparable de la police d'assurance.

**Preneur de l'assurance :** personne physique ou juridique qui passe ce contrat avec la compagnie d'assurances et qui ce faisant accepte les obligations qui y sont stipulées, en échange de celles prises en charge par la compagnie d'assurances, même si certaines d'entre elles, en raison de leur nature, doivent être assumées par l'assuré lui-même.

**Prestation :** elle consiste en une couverture économique de l'assistance sanitaire qui dérive de la survenue du sinistre, sous la forme établie dans les présentes conditions générales.

**Prime :** le prix de l'assurance. Le reçu du paiement de la prime comprendra aussi les majorations, les impôts et taxes pouvant légalement être répercutées. La prime d'assurance est annuelle, même si son paiement peut être fractionné.

**Questionnaire de santé :** déclaration réalisée et signée par le preneur et/ou l'assuré avant de légaliser le contrat d'assurance et qui permet à la compagnie d'assurances d'évaluer le risque couvert par l'assurance.

**Sinistre :** événement dont les conséquences rendent nécessaire l'utilisation de services sanitaires dont le coût est entièrement ou partiellement couvert par la police d'assurance.

**Urgence :** situation de l'assuré qui rend nécessaire l'assistance médicale avec un caractère immédiat pour éviter un dommage irréparable pour sa santé.

## CHAPITRE II

## ACCÈS AUX COUVERTURES

**1. Forme de prestation des services**

La couverture de la prestation d'assistance sanitaire aura lieu de la façon suivante :

**1.1.** Pour recevoir l'assistance sanitaire comprise dans la couverture de la police **en vertu de la liste des médecins**, l'assuré pourra choisir librement parmi les professionnels de la santé, les centres médicaux, les hôpitaux et les sanatoriums (fournisseurs d'assistance sanitaire) agréés par la compagnie d'assurances, à tout moment, sur tout le territoire espagnol. La compagnie d'assurances éditera chaque année naturelle cette liste de fournisseurs d'assistance sanitaire, regroupés par provinces, sur ses listes de médecins qui, pour des spécialités déterminées, pourront contenir un seul prestataire du service. L'assuré aura l'obligation d'utiliser les services des fournisseurs d'assistance sanitaire agréés à la date de la demande d'assistance. À ces effets, il pourra demander dans les agences de la compagnie d'assurances que lui soit remise la liste des médecins actualisée ou consulter les différentes listes de médecins des provinces actualisées sur sa page web : [www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico](http://www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico). La compagnie d'assurances versera directement au professionnel ou au centre les honoraires et frais dus à l'occasion de l'assistance à condition que toutes les conditions requises et circonstances établies dans la police soient respectées.

**1.2.** La visite à domicile de médecine générale et ATS/DUE (soins infirmiers), sera demandée pour les malades qui ne peuvent pas se rendre au cabinet du médecin, avant 10 heures, pour qu'elle ait lieu pendant la journée.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCES S'ENGAGE À COUVRIR FINANCIÈREMENT LA PRESTATION D'ASSISTANCE UNIQUEMENT AU DOMICILE DE L'ASSURÉ QUI FIGURE SUR LA POLICE D'ASSURANCE, À CONDITION QUE CE SERVICE SOIT AGRÉÉ DANS CETTE ZONE ; TOUT CHANGEMENT DE DOMICILE DEVRA ÊTRE NOTIFIÉ À LA COMPAGNIE D'ASSURANCES PAR TOUT MOYEN Digne de FOI AVEC UN PRÉAVIS MINIMUM DE HUIT JOURS PAR RAPPORT À LA DEMANDE D'UNE PRESTATION À CE MÊME DOMICILE.

**1.3.** LA COMPAGNIE D'ASSURANCES N'ASSUME AUCUNE RESPONSABILITÉ, NI EN CE QUI CONCERNE LES HONORAIRES DE MÉDECINS QUI NE FIGURENT PAS SUR SA LISTE DE MÉDECINS, NI EN CE QUI CONCERNE LES FRAIS D'HOSPITALISATION OU SERVICES QUE CES DERNIERS POURRAIENT PRESCRIRE.

**1.4.** Pour chacun des services reçus dans un même rendez-vous, l'assuré devra présenter la carte de santé personnelle que la compagnie d'assurances lui aura remise à cet effet, en devant signer les justificatifs des services reçus, dont une des copies sera remise à l'assuré à titre d'attestation.

S'il y a lieu, l'assuré devra également présenter le document d'autorisation stipulé dans la clause 1.5 suivante. Les reçus dûment signés serviront de justificatifs à la compagnie d'assurances pour le paiement du coût de la prestation.

Pour chaque service reçu, l'assuré versera le montant qui est établi dans les conditions particulières, à titre de franchise ou de participation au coût de ces services.

À ces effets, la compagnie d'assurances enverra périodiquement au preneur de l'assurance un extrait comprenant les services que les assurés compris dans la police auront utilisés et le montant des franchises correspondant à ces services.

L'encaissement de la somme totale résultante sera effectué par domiciliation sur le compte bancaire que le preneur aura indiqué pour le paiement de la prime et/ou du co-paiement.

Le montant des franchises pourra être actualisé par la compagnie d'assurances, conformément aux dispositions de la rubrique d'actualisation annuelle des conditions financières de la police des conditions particulières.

**1.5.** POUR L'HOSPITALISATION OU LA PRESTATION DES SERVICES QUI EXIGENT UNE ORDONNANCE, CONFORMÉMENT AUX NORMES D'UTILISATION DES SERVICES SANITAIRES FIGURANT SUR LA LISTE DES SOINS MÉDICAUX ÉDITÉE, CELLE-CI DEVRA ÊTRE DÉLIVRÉE PAR ÉCRIT PAR UN MÉDECIN DE LA LISTE FOURNIE PAR L'ASSUREUR ET L'ASSURÉ DEVRA OBTENIR L'ACCORD PRÉALABLE ÉCRIT DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DANS UNE DE SES AGENCES.

POUR OBTENIR L'ACCORD ÉCRIT DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES, IL SERA ÉGALEMENT INDISPENSABLE QUE L'ACTE MÉDICAL À EFFECTUER EN RÉGIME D'HOSPITALISATION LE SOIT PAR UN MÉDECIN DE LA LISTE DES MÉDECINS DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES, ET QU'IL SOIT COUVERT PAR LA POLICE.

Après avoir octroyé l'autorisation écrite, la compagnie d'assurances sera liée économiquement. En cas d'urgence, l'ordre du médecin sera suffisant à ces effets, MAIS L'ASSURÉ DEVRA OBTENIR L'AUTORISATION ÉCRITE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES DANS LES SOIXANTE-DOUZE HEURES SUIVANT L'ADMISSION HOSPITALIÈRE. Après avoir obtenu l'autorisation écrite, la compagnie d'assurances sera liée économiquement jusqu'au moment où elle indiquera son désaccord à l'ordre des médecins, si elle considère que la police d'assurance ne couvre pas l'acte ou l'hospitalisation.

**1.6.** Pour recevoir un service d'urgence, il faudra le demander par téléphone ou se présenter directement, selon les cas, dans un centre d'urgence permanent parmi ceux établis et dont l'adresse et le numéro de téléphone figurent dans la liste des médecins qui est remise à l'assuré.

**1.7.** Aux effets de cette assurance, le sinistre sera entendu comme déclaré lorsque l'assuré demandera l'assistance, à moins que l'accord préalable de la compagnie d'assurances ne soit obligatoire, conformément au paragraphe 1.4 précédent, auquel cas la communication devra être effectuée à la compagnie d'assurances selon la forme définie ici.

## 2. Accès au remboursement des frais sanitaires

Si l'assuré a contracté **la modalité de remboursement des frais sanitaires**, en plus de la couverture d'assistance sanitaire par la liste des médecins de la compagnie d'assurances décrite au point précédent, il pourra se rendre dans tous les centres ou chez tous les professionnels de la santé du monde pour la prestation des services inclus dans la police et détaillés dans les conditions particulières, sauf ceux qui figurent sur les listes de médecins de la compagnie d'assurances, l'assuré ayant l'obligation de connaître cette circonstance avant de recevoir l'assistance.

TRADUCTION

## AUTRES CLAUSES

---

### 1. Paiement de primes

**1.1.** En vertu des dispositions de l'article 14 de la loi, le preneur de l'assurance est tenu de payer la prime d'assurance.

**1.2.** La première prime ou fraction de prime sera exigible conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi après avoir signé le contrat ; si elle n'a pas été payée à cause du preneur, la compagnie d'assurances a le droit de résilier le contrat ou d'exiger le paiement de la prime due par recouvrement forcé, en vertu des dispositions du contrat. Dans tous les cas, si la prime n'a pas été payée avant que le sinistre ne se produise, la compagnie d'assurances sera libérée de son obligation, sauf accord contraire.

**1.3.** En cas de défaut de paiement de la deuxième prime ou fraction de prime, ou des primes ou fractions de primes suivantes, la couverture sera suspendue un mois après la date d'échéance du recouvrement et, si la compagnie d'assurances ne réclame pas le paiement dans les six mois suivants cette date d'échéance, il sera considéré que le contrat est résilié conformément aux conditions précédentes. La couverture reprendra effet vingt-quatre heures après la date à laquelle le preneur aura payé la prime.

Dans tous les cas, si le contrat est suspendu, la compagnie d'assurances ne pourra exiger que le paiement de la prime de la période en cours.

**1.4.** Le preneur de l'assurance perdra le droit au fractionnement convenu de la prime en cas de non-paiement de tout reçu, la prime totale convenue pour la période d'assurance restante étant exigible à partir de ce moment-là.

**1.5.** La compagnie d'assurances n'a d'obligation qu'en vertu des quittances délivrées par ses représentants légalement autorisés.

Le paiement du montant de la prime effectué par le preneur de l'assurance au courtier ne sera pas considéré réalisé à la compagnie d'assurances, sauf si, en échange, le courtier remet au preneur de l'assurance le reçu de prime émis par la compagnie d'assurances.

**1.6.** Dans les conditions particulières, il sera établi le compte bancaire désigné par le preneur pour le paiement des primes.

**1.7.** En cas de résiliation anticipée du contrat, imputable au preneur, la partie de prime annuelle non consommée correspondra à la compagnie d'assurances.

### 2. Domiciliation des paiements

La domiciliation bancaire des primes sera assujettie aux conditions suivantes :

- a) Le preneur signera l'ordre de domiciliation correspondant et devra le remettre à la compagnie d'assurances.
- b) La prime/les co-paiements seront considérés payés à leur date d'échéance, sauf si au moment de l'encaissement, le compte du preneur de l'assurance est à découvert.

### 3. Autres obligations, devoirs et facultés du preneur de l'assurance et/ou de l'assuré

**3.1.** Le preneur de l'assurance et, le cas échéant, l'assuré, ont les obligations suivantes :

- a) Déclarer à la compagnie d'assurances, conformément au questionnaire qu'elle lui remettra, toutes les circonstances connues de lui qui peuvent avoir une influence sur l'évaluation du risque. Il sera exonéré de cette obligation si la compagnie d'assurances ne lui remet pas le questionnaire ou, même si elle le lui remet, s'il s'agit de circonstances qui, pouvant avoir une influence sur l'évaluation du risque, ne sont pas comprises dans le questionnaire.

La compagnie d'assurances pourra résilier le contrat par déclaration adressée au preneur de l'assurance dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle aura eu connaissance de la réserve ou de l'inexactitude de la part du preneur de l'assurance ou de l'assuré. Les primes relatives à la période en cours au moment où cette déclaration sera faite correspondront à la compagnie d'assurances, sauf en cas de dol ou de faute grave de sa part.

Si le sinistre se produit avant que la compagnie d'assurances ne fasse la déclaration à laquelle fait référence le paragraphe précédent, sa prestation sera proportionnellement réduite à la différence entre la prime convenue et celle qui aurait été appliquée si la véritable ampleur du risque avait été connue. En cas de dol ou de faute grave du preneur de l'assurance, la compagnie d'assurances sera libérée du paiement de la prestation.

- b) Communiquer dès que possible le changement de domicile à la compagnie d'assurances.
- c) Communiquer dès que possible à la compagnie d'assurances les incorporations et les exclusions d'assurés qui se produiront pendant la durée du contrat, les incorporations prenant effet le premier jour du mois suivant la date de communication effectuée de la part du preneur et les exclusions, à la date d'expiration de l'annualité de l'assurance au cours de laquelle cette exclusion se produira, en procédant à l'adaptation du montant de la prime à la nouvelle situation.
- d) Si l'assistance de la mère lors de l'accouchement est réalisée aux frais de l'assurance de la compagnie d'assurances par qui la mère est assurée, les nouveaux-nés auront le droit d'être inclus dans la police d'assurance de la mère dès le moment de leur naissance. Pour ce faire, le preneur devra communiquer cette circonstance à la compagnie d'assurances dans les 15 jours naturels suivant la date de sortie de l'hôpital du nouveau-né et au maximum 30 jours naturels après la date de naissance, en remplissant une demande d'assurance.

Les incorporations communiquées en temps voulu auront des effets rétroactifs à la date de naissance et aucune période de carence supérieure à celle qui pourrait correspondre et manquer à la mère ne sera appliquée.

Si l'incorporation du nouveau-né est communiquée après l'expiration du délai imparti, il sera nécessaire de remplir le questionnaire de santé et la compagnie d'assurances pourra refuser la prise en charge. Si le nouvel assuré est accepté, les périodes de carence établies dans les conditions particulières de la police d'assurance seront applicables.

Dans tous les cas, la compagnie d'assurances couvrira l'assistance sanitaire du nouveau-né pendant les trente premiers jours naturels de vie, la couverture prenant fin à l'expiration de ce délai, si son incorporation n'a pas été demandée conformément aux dispositions du premier paragraphe de ce point.

- e) Réduire les conséquences du sinistre, en employant les moyens à sa portée pour un prompt rétablissement. Le non-respect de ce devoir dans l'intention manifeste de porter atteinte à la compagnie d'assurances ou de la tromper, la libérera de toute prestation dérivant du sinistre.
- f) Si l'assistance prêtée à l'assuré est une conséquence des lésions produites ou aggravées par des accidents couverts par toute autre assurance, ou à condition que son coût doive être payé par les tiers qui ont causé ou sont responsables des lésions, la compagnie d'assurances, si elle a couvert l'assistance, pourra exercer les actions qui conviennent pour récupérer le coût que ces assistances auront impliqué pour elle. L'assuré ou, s'il y a lieu, le preneur, seront tenus de fournir à la compagnie d'assurances les données et la collaboration nécessaires pour ce faire.
- g) Pendant toute la durée du contrat, l'assuré devra fournir à la compagnie d'assurances toute la documentation et toute l'information médicale requise aux seuls effets d'évaluer la couverture du coût des prestations demandées. Après la demande d'information par la compagnie d'assurances, le processus d'octroi de couverture restera en suspens jusqu'à ce que toute cette information ait été obtenue. La compagnie d'assurances pourra également réclamer à l'assuré le coût de la couverture de toute prestation dont la non pertinence aura été déclarée a posteriori au vu de l'information médicale fournie par l'assuré.

**3.2.** La carte de santé personnelle, propriété de la compagnie d'assurances et qui est remise à chaque assuré, est un document à usage personnel et intransmissible. En cas de perte, de vol ou de détérioration, le preneur de l'assurance et l'assuré ont l'obligation de le communiquer à la compagnie d'assurances dans le délai de soixante-douze heures.

#### 4. Autres obligations de la compagnie d'assurances

En plus de la couverture économique de la prestation de l'assistance sanitaire, la compagnie d'assurances remettra la police au preneur de l'assurance ou, s'il y a lieu, le document de couverture provisoire ou celui qui correspond en vertu des dispositions de l'article 5 de la loi.

De même, elle remettra au preneur la carte de santé personnelle correspondant à chacun des assurés compris dans la police. Cette carte qui disposera d'un numéro unique contiendra les données suivantes :

- Prénom et noms de l'assuré
- Année de naissance



- Sexe
- Date d'incorporation

## 5. Durée du contrat

L'assurance est stipulée pour la période de temps prévue dans les conditions particulières et, à son expiration, conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi, elle sera tacitement reconduite pour des périodes annuelles.

**Néanmoins, une des parties pourra s'opposer à la reconduction par notification écrite envoyée à l'autre partie, effectuée avec un préavis non inférieur à un mois de la part du preneur et à deux mois de la part de la compagnie d'assurances, par rapport à la date de conclusion de la période d'assurance en cours.**

**Si l'assuré est hospitalisé, la communication effectuée par la compagnie d'assurances s'opposant à la reconduction du contrat d'assurance ne prendra effet en ce qui concerne cet assuré qu'à la date à laquelle il aura l'autorisation médicale de sortie de l'hôpital, sauf si l'assuré renonce à suivre le traitement.**

Dans les autres cas, la police d'assurance prendra fin pour un assuré particulier, même si la police continue à produire ses effets pour les autres assurés, dans les situations suivantes :

- À la date à laquelle ledit assuré partira résider à l'étranger ou, en tout état de cause, s'il réside en dehors du territoire espagnol durant plus de neuf mois au cours de la période annuelle d'assurance.
- Lorsque l'un des assurés n'habitera plus à l'adresse figurant dans la police, ledit assuré sera radié de la police et le preneur de l'assurance sera dans l'obligation de le notifier à l'assureur.

Dans le cas où l'assuré souhaitera souscrire une nouvelle police et où il le fera dans un délai d'un mois maximum à compter de la date de ladite notification, l'assureur devra maintenir les droits acquis à condition que la même couverture ait été souscrite.

## 6. Perte de droits, résiliation du contrat

Le contrat pourra être résilié par la compagnie d'assurances avant son expiration dans une des situations suivantes :

- En cas de réserve ou d'inexactitude en ce qui concerne les données fournies dans le questionnaire de santé, la compagnie d'assurances pourra résilier le contrat par déclaration adressée au preneur de l'assurance dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle aura eu connaissance de la réserve ou de l'inexactitude du questionnaire rempli par un des assurés inclus dans la police. Les primes relatives à la période en cours au moment de faire cette déclaration correspondront à la compagnie d'assurances, sauf en cas de dol ou de faute grave de sa part.

Si le sinistre se produit avant que la compagnie d'assurances ne fasse la déclaration à laquelle le paragraphe précédent fait référence, sa prestation sera proportionnellement réduite à la différence entre la prime convenue et celle qui aurait été appliquée si la véritable ampleur du sinistre avait été connue. S'il y a eu dol ou faute grave de la part de l'assuré, la compagnie d'assurances sera libérée du paiement de la prestation.

- Si le sinistre dont la couverture est garantie comme risque se produit avant le paiement de la première prime, sauf accord contraire (article 15 de la loi sur le Contrat d'assurance).
- Si le preneur, en demandant l'assurance, a déclaré une année de naissance erronée d'un assuré ou de plusieurs d'entre eux, la compagnie d'assurances ne pourra résilier le contrat que si leur âge véritable, à la date d'entrée en vigueur du contrat d'assurance, dépasse les limites d'admission établies par la compagnie d'assurances.
- Si le contrat prévoit la modalité de remboursement des frais médicaux, s'il ne présente pas la documentation originale au cas où la compagnie d'assurances la lui demanderait ou si les copies fournies ne correspondent pas fidèlement aux originaux ou si elles ont fait l'objet d'une manipulation.

Dans la présente police d'assurance, il n'existe pas de droit à sa réhabilitation, sans préjudice des dispositions de l'article 15 de la loi sur le Contrat d'assurance.

## INFORMATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

---

### 1. Le responsable du traitement des données à caractère personnel et le délégué à la protection des données

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (ci-après dénommée « SegurCaixa Adeslas ») titulaire du NIF (Numéro d'identification fiscale) A28011864, dont le siège social est sis Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid (Espagne).

SegurCaixa Adeslas a nommé un délégué à la protection des données à qui vous pourrez poser toute question relative au traitement de vos données à caractère personnel en envoyant un courrier électronique à [dpd@segurcaixaadeslas.es](mailto:dpd@segurcaixaadeslas.es) ou en envoyant une lettre à l'adresse susmentionnée en incluant la référence « Délégué à la protection des données ».

### 2. Finalité du traitement des données à caractère personnel

#### Traitements obligatoires

SegurCaixa Adeslas, en sa qualité de compagnie d'assurances, traite des données à caractère personnel, de manière automatisée et non automatisée, de différents groupes de personnes concernées (preneurs, assurés, bénéficiaires, personnes tierces, dénommés ci-après dans leur ensemble les « intéressés ») dans le but de respecter les polices d'assurance émises et ses obligations légales en tant que compagnie d'assurances. Cela comprend, entre autres, des traitements comme la gestion de sinistres, le versement de prestations et d'autres traitements nécessaires pour le déroulement de l'activité d'assurance et le calcul de la prime, notamment.

De même, pour réaliser les mises à jour des prix de la police, la compagnie d'assurances pourra traiter les données, du preneur comme des assurés compris dans la police, qu'elles soient fournies par ceux-ci, ou, le cas échéant, par ledit preneur, telles que des données sociodémographiques provenant de sources publiques, ainsi que celles obtenues dans le cadre de la relation d'assurance.

Avant de conclure un quelconque contrat de police d'assurance, une série de données à caractère personnel sera demandée. Celles-ci seront traitées dans le but de réaliser une simulation de ladite police. Le résultat de cette simulation dépendra des conditions personnelles des assurés et du ou des produits qu'ils souhaitent souscrire ainsi que des critères de technique actuarielle appliqués. Pour réaliser cette simulation, il est nécessaire d'effectuer un profilage en utilisant pour cela les données qui nous seront fournies tout comme les données obtenues de sources publiques, afin que le calcul soit le plus adapté que possible à la situation personnelle de l'intéressé.

Les données à caractère personnel recueillies par SegurCaixa Adeslas pourront également être utilisées pour la réalisation d'enquête de qualité, l'extraction de statistiques et/ou la réalisation d'études de marché.

En outre, SegurCaixa Adeslas pourra traiter les données à caractère personnel afin de respecter une quelconque obligation légale lui incombant, plus particulièrement les obligations relatives à la régulation du marché de l'assurance, des marchés financiers, la réglementation commerciale et fiscale ou la régulation de la prestation de services de soins de santé, entre autres.

Il est plus concrètement obligatoire de prendre des mesures efficaces pour prévenir, empêcher, identifier, détecter, informer et remédier aux comportements frauduleux relatifs aux assurances. Pour ce faire, SegurCaixa Adeslas pourra traiter les données de ses clients, de ses clients potentiels ou de tierces personnes, en incluant des données spécialement protégées et des données obtenues auprès de sources publiques ou des données que les propres intéressés auront rendues publiques, en particulier celles qui pourront être obtenues sur les réseaux sociaux.

#### Traitements volontaires

D'autres traitements de données à caractère personnel, ne répondant pas au besoin d'exécuter un contrat ou de respecter une obligation légale, pourront être effectués. L'intéressé pourra s'y opposer.

Ainsi, à condition que l'intéressé ne s'y oppose pas et qu'il maintienne un quelconque type de relation directe avec SegurCaixa Adeslas, il pourra recevoir, par le biais d'un quelconque canal de communication, y compris par voie électronique, des informations concernant des offres et promotions relatives aux produits souscrits et aux autres produits commercialisés par SegurCaixa Adeslas qui pourraient l'intéresser. Pour ce faire, ses données personnelles pourront être analysées, afin d'élaborer un profil au moyen de celles-ci, permettant que lesdites communications s'adaptent le plus possible à ses besoins et préférences.

Cette analyse pourra prendre en compte des données démographiques et relatives aux produits souscrits auprès de SegurCaixa Adeslas.

De même, et dans le cas où l'intéressé y aurait spécifiquement consenti, ses données pourront être communiquées à l'établissement financier CaixaBank, S.A., titulaire du NIF (Numéro d'identification fiscale) A08663619, dont le siège social est sis carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 Valence (Espagne), et aux entreprises du groupe « la Caixa », dont les activités relèvent du secteur des assurances, bancaire, des services d'investissement, de la détention d'actions, de capital-risque, immobilier, variées, de la vente et de la distribution de biens et de services, des loisirs, des services de conseil et des services bénéfiques et sociaux, le tout dans le but de pouvoir lui adresser, par le biais d'un quelconque moyen de communication (postal, téléphonique, électronique, etc.), des informations commerciales relatives à ses produits et services.

### **Délai de conservation des données à caractère personnel**

Les données à caractère personnel des clients seront conservées tant que la relation contractuelle durera, dans le but de respecter les objectifs susmentionnés. Une fois que la relation contractuelle aura pris fin, ces données à caractère personnel seront bloquées durant la période pendant laquelle elles pourraient être nécessaires pour l'exercice ou la défense dans le cadre d'actions administratives ou judiciaires. Elles ne pourront être débloquées et à nouveau traitées que pour ce motif. Une fois cette période écoulée, les données seront annulées.

Les données à caractère personnel de personnes tierces recueillies dans le cadre de la gestion d'un sinistre seront conservées tant que ladite gestion durera. Une fois celle-ci achevée, lesdites données seront bloquées durant la période qui s'avérera nécessaire pour répondre à d'éventuelles réclamations découlant du sinistre. Une fois cette période écoulée, les données seront annulées.

### **3. Destinataires des données à caractère personnel (cessions de données)**

SegurCaixa Adeslas traite les données à caractère personnel des intéressés en toute confidentialité en n'effectuant aucune cession de données à des personnes tierces sauf celles indiquées ci-après et aux fins suivantes :

- Respecter les conditions des polices d'assurance, par l'intermédiaire de prestataires de services liés aux couvertures de l'assurance, de compagnies d'assurances, de réassurance et/ou de coassurance ou d'autres organismes collaborateurs (centres de soins et professionnels de la santé, ateliers de réparation automobile, professionnels ou entreprises de réparations à domicile, experts ou autres professionnels analogues), dans le seul but de gérer le contrat d'assurance, prendre en charge, le cas échéant, les sinistres, ainsi que par le biais d'établissements financiers pour prélever automatiquement auprès du preneur le montant correspondant à la prime ou d'autres paiements lui incombant en raison de l'exécution du contrat d'assurance.
- Respecter ses obligations légales vis-à-vis des administrations, des autorités et organismes publics, y compris les tribunaux et cours, lorsque la réglementation relative à la régulation du marché des assurances, financier, fiscal ou toute autre réglementation applicable, l'exigera.
- Respecter le consentement donné spécifiquement par l'intéressé pour fournir ses données à CaixaBank, S.A. et aux entreprises du groupe « la Caixa » dans l'objectif indiqué dans le paragraphe relatif aux traitements volontaires de l'épigraphe 2. « Finalité du traitement des données à caractère personnel ».

Les prestataires de services avec lesquels SegurCaixa Adeslas entretiendra une relation contractuelle et ayant le statut de responsables du traitement des données auront également accès aux données à caractère personnel.

### **4. Droits de l'intéressé concernant le traitement de ses données à caractère personnel**

L'intéressé pourra exercer ses droits d'accès, de rectification, de suppression, de limitation du traitement et de portabilité des données dans les cas et avec la portée établis dans la réglementation applicable à tout moment.

Il aura aussi le droit de retirer son consentement aux traitements volontaires, dans le cas où il l'aurait donné, et/ou de refuser de recevoir des communications commerciales.

Pour exercer ces droits, il pourra s'adresser à SegurCaixa Adeslas par le biais de l'un des canaux suivants :

- Courrier postal, en joignant une photocopie de sa carte d'identité ou d'une pièce d'identité équivalente, adressé à : « Tramitación Derechos de Privacidad », Paseo de la Castellana 259 C - 6ª Planta – Torre de Cristal, 28046 Madrid (Espagne).
- En s'adressant en personne à l'une quelconque des succursales de SegurCaixa Adeslas.

De même, l'intéressé est informé de son droit à présenter une réclamation découlant du traitement de ses données à caractère personnel auprès de l'Agence espagnole de protection des données.

En cas d'un quelconque doute relatif à l'exercice de vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de SegurCaixa Adeslas. Vous trouverez les données et les canaux de contact dans le paragraphe 1. « Responsable du traitement des données à caractère personnel et délégué à la protection des données ».

## 5. Origine des données

Les données des intéressés peuvent être fournies à SegurCaixa Adeslas par l'intéressé même ou le preneur de la police d'assurance à n'importe quel moment de la relation (précontractuelle et contractuelle) avec SegurCaixa Adeslas, aux fins décrites dans le paragraphe 2 intitulé « Finalité du traitement des données à caractère personnel ». En outre, dans le cadre de la gestion des polices souscrites et, le cas échéant, la prise en charge de sinistres, il est possible de recevoir des données à caractère personnel de la part des preneurs, des assurés et de tierces personnes, y compris par l'intermédiaire d'organismes prestataires de services faisant l'objet de couverture par les polices (centres de soins et professionnels de la santé, ateliers de réparation automobile, professionnels ou entreprises de réparations à domicile, experts ou autres professionnels analogues).

L'intéressé sera responsable de l'exactitude et de la véracité des données à caractère personnel fournies à SegurCaixa Adeslas, qui se réserve le droit de rectifier ou de supprimer les données fausses ou incorrectes sans préjudice d'entamer d'autres actions légales opportunes, le cas échéant. Lorsque les données fournies correspondront à une tierce personne, l'intéressé aura l'obligation d'informer et d'obtenir le consentement de ladite tierce personne sur les traitements décrits dans le présent texte.

Comme cela a déjà été indiqué précédemment, les données obtenues de sources publiques d'organismes officiels, dans le but de compléter les informations fournies par l'intéressé durant le processus de souscription de l'assurance, seront également traitées.

Il a aussi été indiqué précédemment que des données rendues publiques par les intéressés pourront être traitées, dans l'objectif de prendre les mesures qui s'avéreront nécessaires pour éviter des comportements frauduleux relatifs aux assurances. En particulier, SegurCaixa Adeslas pourra traiter les données obtenues de profils publics dans les réseaux sociaux des intéressés à cette fin.

## COMMUNICATION, JURIDICTION ET INSTANCES DE RÉCLAMATION

---

### 1. Communications et juridiction

**1.1.** Le preneur de l'assurance et l'assuré enverront leurs éventuelles communications au siège social de la compagnie d'assurances, à une de ses agences ou au médiateur du contrat.

La compagnie d'assurances pourra remettre ses communications éventuelles soit par envoi au domicile du preneur de l'assurance, à celui de l'assuré, soit, à leur demande, par l'envoi ou la mise à disposition de ces communications par voie électronique ou télématique ou par toute autre voie de mise à disposition déterminée par eux. À tous les effets, le domicile sera celui qui figure sur la police d'assurance, sauf si son changement a été notifié à la compagnie d'assurances.

Le présent contrat d'assurance est soumis à la juridiction espagnole et, dans cette juridiction, le juge compétent pour connaître des actions dérivant de ce contrat sera celui du domicile de l'assuré.

Si l'assuré a son domicile à l'étranger, il devra indiquer à ces effets un domicile en Espagne.

**1.2.** Le juge compétent pour connaître des actions dérivant de ce contrat d'assurance sera celui du domicile de l'assuré.

### 2. État et autorité de contrôle de la compagnie d'assurances

Le contrôle de l'activité de la compagnie d'assurances correspond à l'État espagnol, par l'intermédiaire de la Direction générale des assurances et des fonds de pensions.

### 3. Instances de réclamation

1. Le preneur de l'assurance, l'assuré, le bénéficiaire, les tiers lésés ou les ayants droit de l'un d'entre eux pourront présenter des plaintes ou des réclamations contre les pratiques de la compagnie d'assurances qu'ils jugeront abusives ou qui portent atteinte à leurs droits ou intérêts légalement reconnus dérivant du contrat d'assurance.

À cette fin et conformément aux dispositions de la législation en vigueur en la matière, SEGURCAIXA ADESLAS dispose d'un Service clients (Servicio de Atención al Cliente - SAC) auquel ils peuvent adresser leurs plaintes et réclamations si elles n'ont pas été résolues en leur faveur par le bureau ou service qui en fait l'objet.

Les plaintes et réclamations pourront être présentées au Service clients dans toutes les agences ouvertes au public de la compagnie d'assurances ou à l'adresse ou aux adresses de courrier électronique qu'elle aura habilitées à cette fin. Les coordonnées de ce service sont les suivantes : Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259 C, 28046 Madrid (Espagne).

Le Service clients accusera réception par écrit des plaintes ou réclamations reçues et les résoudra en les motivant et dans le délai maximum légal de deux mois à compter de la date de leur présentation.

2. De même, les intéressés pourront présenter des plaintes ou des réclamations auprès du Service de réclamation de la Direction générale des assurances et des fonds de pension. Pour ce faire, ils devront prouver que le délai de deux mois s'est écoulé depuis la date de présentation de la plainte ou réclamation au Service clients sans décision de sa part ou si la demande n'a pas été admise ou a été rejetée totalement ou partiellement.

3. Sans préjudice des actions précédentes et de celles qui correspondent en vertu de la réglementation en matière d'assurance, les intéressés pourront dans tous les cas exercer les actions qu'ils jugeront pertinentes auprès de la juridiction ordinaire.

### 4. Prescription

Les actions qui dérivent de ce contrat d'assurance prescriront au bout de cinq ans à compter du jour où elles auront pu être exercées.

## COUVERTURE D'ASSISTANCE EN VOYAGE À L'ÉTRANGER

### 1. Dispositions préliminaires

**Assuré** : la personne physique, bénéficiaire de l'assurance d'assistance sanitaire de SegurCaixa Adeslas.

**Portée de l'assurance et durée** : les couvertures sont exigibles dans le monde entier, y compris en Espagne, sauf les couvertures dans lesquelles il est indiqué qu'elles ne sont valables qu'à l'étranger. Leur durée est liée à celle de l'assurance d'assistance sanitaire.

**Validité** : pour pouvoir bénéficier des prestations garanties, l'assuré ne doit pas dépasser 90 jours consécutifs par voyage ou déplacement.

**Limite des garanties et devise de ces garanties** : les limites financières des garanties reprises au point 2. Garanties, limites et exclusions d'assistance en voyage, sont celles qui, pour chacune d'entre elles, sont spécifiées dans ce point. **Pour les garanties dans lesquelles il ne figure pas de limite quantitative et qui sont indiquées comme incluses, il sera considéré que leur limite maximum sera le coût effectif de la prestation du service à réaliser par la compagnie d'assurances.**

Dans tous les cas, toutes les limites de cette police sont par sinistre survenu et assuré. La devise applicable à toutes les garanties est l'euro et les limites seront donc exprimées dans cette monnaie ; indépendamment du fait que pour ces prestations la compagnie d'assurances ait à payer dans une autre devise, il leur sera appliqué la contrevaletur en euros à la date à laquelle le sinistre se sera produit.

### 2. Garanties, limites et exclusions d'assistance en voyage

Les garanties couvertes dont la liste est donnée ci-après contiennent leurs exclusions spécifiques, au cas où elles existeraient, les exclusions communes indiquées au paragraphe e) étant également applicables.

#### A) Garanties d'assistance médicale et en voyage

##### A.1. Frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation à l'étranger

Si, en raison d'une maladie ou d'un accident, couverts par la police d'assurance et se produisant pendant le voyage, l'assuré nécessite une assistance médicale, chirurgicale, pharmaceutique ou hospitalière, la compagnie d'assurances prendra en charge :

- les frais et honoraires médicaux et chirurgicaux,
- les frais pharmaceutiques prescrits par un médecin,
- les frais d'hospitalisation.

La **somme maximum** couverte par assuré, pour l'ensemble des frais cités qui se produiront à l'étranger, est de **12.000 euros**.

##### A.2. Frais odontologiques d'urgence pendant le voyage à l'étranger

En cas de voyage à l'étranger, la compagnie d'assurances prendra en charge les frais de traitement en raison de l'apparition de problèmes odontologiques aigus comme des infections, des douleurs, des ruptures de pièces, des chutes de plombages, etc. qui requièrent un traitement d'urgence, dans la **limite de 300 euros**.

##### A.3. Transfert sanitaire ou rapatriement médical

Si l'assuré subit une maladie ou un accident, la compagnie d'assurances prendra en charge :

- Les frais de transport en ambulance jusqu'à la clinique ou l'hôpital les plus proches.
- Le contrôle par l'équipe médicale en contact avec le médecin qui traite l'assuré blessé ou malade, pour déterminer les mesures les plus appropriées, le meilleur traitement à suivre et le moyen le plus approprié à son éventuel transfert à un autre centre hospitalier mieux adapté ou à son domicile.
- Les frais de transport du blessé ou du malade par le moyen de transport le plus approprié, jusqu'au centre hospitalier prescrit ou à son domicile habituel. Si l'assuré est admis dans un centre hospitalier éloigné de son domicile, la compagnie d'assurances prendra en charge, en temps voulu, le transport subséquent à

son domicile. La compagnie d'assurances procédera au transport, avec assistance médicale et sanitaire, si nécessaire, de l'assuré qui aura subi un accident ou une maladie grave qui requièrent des soins vitaux et à condition que les services médicaux de la compagnie d'assurances le décident en collaboration avec le médecin traitant de l'assuré, s'il ne peut pas poursuivre le voyage par ses propres moyens, jusqu'à un centre hospitalier en Espagne.

Le moyen de transport utilisé en Europe et dans les pays riverains de la Méditerranée, si l'urgence et la gravité du cas le requièrent, sera l'avion sanitaire spécial.

Dans le reste du monde, le transport sera effectué par avion de ligne régulière ou par les moyens les plus rapides et appropriés, selon les circonstances.

De même, dans le reste du monde, si la gravité des lésions le requiert, le transport se fera en avion sanitaire spécial avec une **limite de 150.000 euros**.

#### A.4. Frais de retour après sortie autorisée de l'hôpital

La compagnie d'assurances prendra en charge les frais de retour de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie couverts par la police, ont dû être hospitalisés et à leur sortie de l'hôpital ont donc perdu la possibilité d'utiliser leur billet de retour en Espagne parce qu'ils n'ont pas pu se présenter à la date et à l'heure prévues sur le billet de retour au départ du moyen de transport correspondant.

La **limite** pour cette garantie est **de 900 euros**.

#### A.5. Envoi d'un médecin spécialiste à l'étranger

Si l'état de gravité de l'assuré ne permet pas son transport sanitaire en Espagne, selon les dispositions de la garantie A.3, et l'assistance qui pourrait lui être prêtée localement n'est pas suffisamment adaptée de l'avis des services médicaux de la compagnie d'assurances, elle enverra un médecin spécialiste à l'endroit où se trouve l'assuré pour son assistance sanitaire, jusqu'à ce que son rapatriement médical soit possible.

#### A.6. Envoi de médicament à l'étranger

La compagnie d'assurances enverra un médicament nécessaire pour le traitement de l'assuré s'il ne peut pas être obtenu à l'endroit où se trouve l'assuré, le malade ou la personne accidentée, selon les conditions de la garantie A.1.

#### A.7. Consultation ou conseil médical à distance

Si l'assuré nécessite pendant le voyage une information de caractère médical qu'il ne peut pas obtenir localement, il pourra la demander par téléphone à la compagnie d'assurances qui la fournira par l'intermédiaire de ses centres d'assistance, sans assumer aucune responsabilité en ce qui concerne l'information mentionnée, compte tenu de l'impossibilité d'établir un diagnostic par téléphone.

#### A.8. Avance de cautions pour hospitalisation à l'étranger

Si, pour un accident ou une maladie couverts par la police d'assurance, pendant un voyage à l'étranger, l'assuré nécessite son admission dans un centre hospitalier, la compagnie d'assurances prendra en charge, **dans la limite fixée pour la première garantie**, la caution que le centre demandera pour procéder à l'admission de l'assuré.

#### A.9. Prolongement de séjour

Si, après avoir été hospitalisé pour un risque couvert par la police d'assurances et après avoir été autorisé à sortir de l'hôpital, l'assuré n'a pas la possibilité de poursuivre son voyage sur prescription médicale et doit loger dans un hôtel pour sa convalescence, la compagnie d'assurances prendra en charge ses frais d'hébergement et d'entretien, **jusqu'à 80 euros par jour** et assuré, avec un **maximum de dix jours** par séjour.

#### A.10. Frais de déplacement d'un accompagnateur

Si l'assuré doit être hospitalisé à la suite de la survenue d'un risque couvert par la police, **pour une durée prévue supérieure à cinq jours**, la compagnie d'assurances fournira à la personne ayant son domicile en Espagne que celui-ci indiquera un billet d'aller/retour en train (première classe), avion (classe touriste) ou du moyen de transport public et collectif le plus approprié, pour qu'elle se rende auprès de la personne hospitalisée.

#### A.11. Frais de séjour pour l'accompagnateur de l'assuré hospitalisé

Dans le cas prévu dans la garantie précédente, la compagnie d'assurances prendra en charge les frais d'hébergement et d'entretien de l'accompagnateur dans l'hôpital où se trouve l'assuré, si cela est possible ou, à défaut, dans l'établissement que choisira l'accompagnateur, **jusqu'à 80 euros par jour avec un maximum de dix jours** par séjour.

Cette garantie sera applicable même si l'accompagnateur est en voyage avec l'assuré.



#### A.12. Frais de retour des accompagnateurs

Si l'assuré est hospitalisé ou transporté en raison d'un accident ou d'une maladie grave couverts par la police d'assurance et voyage avec son conjoint ou son partenaire ou des parents directs au premier degré et si ces derniers ne peuvent pas continuer leur voyage dans le moyen de transport qu'ils utilisaient, la compagnie d'assurances organisera et prendra en charge le transport à leur lieu d'origine ou leur lieu de destination, ou jusqu'au lieu où l'assuré rapatrié est hospitalisé, au choix des accompagnateurs.

#### A.13. Retour de mineurs

Si l'assuré voyage en compagnie d'enfants de moins de 18 ans et s'ils sont sans assistance en raison d'un accident, d'une maladie ou du transport de l'assuré couvert par la police, ne pouvant pas poursuivre leur voyage, la compagnie d'assurances organisera et prendra en charge leur retour au domicile familial ou jusqu'au lieu d'inhumation, en prenant en charge les frais de voyage du parent ou de l'ami, domicilié en Espagne, désigné par l'assuré pour qu'il les accompagne pendant leur retour si besoin est.

Si l'assuré ne peut désigner personne, la compagnie d'assurances fournira un accompagnateur.

#### A.14. Retour anticipé de l'assuré en raison du décès d'un parent

Si l'assuré doit interrompre son voyage en raison du décès de son conjoint ou de son/sa partenaire, d'un ascendant ou descendant au premier degré de consanguinité ou d'affinité d'un des assurés, la compagnie d'assurances lui fournira un billet aller/retour en train (première classe), avion (classe touriste) ou du moyen de transport public et collectif le plus approprié, pour se rendre au lieu d'inhumation en Espagne du parent décédé et, s'il y a lieu, d'un billet de retour à l'endroit où il se trouvait au moment où s'est produit l'événement, s'il doit poursuivre son voyage pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Cette garantie s'étend exceptionnellement au cas de graves dommages matériels au domicile familial en Espagne.

#### A.15. Cautions et frais de justice

La compagnie d'assurances avancera à l'assuré, avec garantie formelle de procéder au remboursement des sommes qui lui seront prêtées dans le délai de soixante jours, le montant correspondant aux frais de sa défense juridique, **jusqu'à 15.000 euros**, ainsi que celui des cautions pénales qu'il pourrait être obligé de constituer, dans le cadre d'une procédure judiciaire instruite en raison d'un accident de la route subi en dehors du pays de résidence et/ou du domicile habituel de l'assuré, jusqu'à un **maximum de 10.000 euros**.

#### A.16. Avance de fonds

La compagnie d'assurances avancera des fonds à l'assuré, en cas de nécessité, dans la **limite de 1.500 euros**. La compagnie d'assurances demandera un type d'aval ou de garantie qui lui assure le recouvrement de l'avance.

Dans tous les cas, les sommes avancées devront être rendues à la compagnie d'assurances dans le **délai maximum de 30 jours**.

#### A.17. Aide familiale

Si, en application des couvertures « A.10. Frais de déplacement d'un accompagnateur » ou « B.2 Accompagnement du corps », l'assuré voyage en compagnie de son conjoint ou partenaire, et pour cette raison des enfants de moins de quinze ans restent seuls au domicile familial, la compagnie d'assurances prendra en charge les dépenses concernant une personne qui prendra soin d'eux, jusqu'au **maximum de 60 euros par jour**, pendant une période **maximum de sept jours**.

#### A.18. Envoi d'objets oubliés pendant le voyage

Au cas où l'assuré aurait oublié pendant son voyage des bagages ou objets personnels, la compagnie d'assurances organisera et prendra en charge leur envoi au domicile de l'assuré en Espagne, dans la **limite de 120 euros**. Cette garantie s'étend aussi aux objets qui auront pu lui être volés pendant le voyage et auront été récupérés a posteriori.

#### A.19. Perte de documents personnels

Si, au cours d'un voyage à l'étranger, l'assuré perd des documents personnels tels que des passeports, des visas, des cartes de crédit ou des pièces d'identité indispensables ou s'ils lui sont volés, la compagnie d'assurances collaborera aux démarches de dépôt de plainte auprès des autorités ou des organismes publics ou privés nécessaires, et prendra également en charge les frais occasionnés par la délivrance de nouveaux documents dans la **limite de 120 euros**.



**Exclusions applicables à toutes les garanties d'assistance médicale et en voyage :**

- a) Les garanties et prestations qui n'auront pas été préalablement communiquées à la compagnie d'assurances et celles pour lesquelles cette dernière n'aura pas donné son accord, sauf en cas d'impossibilité matérielle, dûment démontrée.
- b) Les événements survenus en Espagne.
- c) Les maladies ou lésions qui se produiront en raison de troubles chroniques ou antérieurs au début du voyage, ainsi que leurs complications et rechutes.
- d) Les examens médicaux généraux, bilans de santé et toute visite ou tout traitement qui aura le caractère de médecine préventive, selon les critères médicaux généralement acceptés.
- e) Le traitement de maladies ou d'états pathologiques provoqués par l'ingestion ou l'administration intentionnée de produits toxiques (drogues, boissons alcoolisées), narcotiques ou dus à l'utilisation de médicaments pris sans ordonnance médicale.
- f) Le diagnostic, le suivi et le traitement de la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse et les accouchements, sauf les complications claires et imprévisibles qui pourraient survenir pendant les 180 premiers jours de grossesse.
- g) Le suicide, la tentative de suicide ou les auto-lésions de l'assuré.
- h) Le traitement, le diagnostic et la rééducation en cas de maladies mentales ou nerveuses.
- i) L'acquisition, l'implantation, la substitution, l'extraction et/ou la réparation de prothèses de quelque type que ce soit, comme des stimulateurs cardiaques, des pièces anatomiques, orthopédiques ou odontologiques, des lunettes, les lentilles, des appareils de surdité, des béquilles, etc.
- j) Les traitements spéciaux, les chirurgies expérimentales, la chirurgie plastique ou réparatrice et les traitements non reconnus par la science médicale occidentale.
- k) Tous les frais médicaux de moins de 9 euros.
- l) Si le sinistre se produit à l'étranger, tous les frais médicaux se produisant en Espagne, même s'ils correspondent à un traitement prescrit ou commencé à l'étranger.

## **B) garanties en cas de décès**

### **B.1. Transfert ou rapatriement du corps**

Si, au cours d'un voyage couvert par la police d'assurance, il se produit le décès de l'assuré, la compagnie d'assurances prendra en charge les démarches et les dépenses nécessaires pour le transport de son corps jusqu'au lieu d'inhumation en Espagne. **Les frais d'inhumation et de cérémonie, ainsi que le coût du cercueil sont exclus.**

### **B.2. Accompagnateur du corps**

Si personne ne peut accompagner le corps de l'assuré décédé dans son transfert, la compagnie d'assurances fournira à la personne domiciliée en Espagne désignée par les parents pour accompagner le corps un billet aller/retour en train (première classe), avion (classe touriste) ou du moyen de transport public et collectif le plus approprié.

### **B.3. Frais de séjour de l'accompagnateur du corps**

Si la couverture précédente est pertinente, si l'accompagnateur doit rester sur le lieu où s'est produit le décès, pour des démarches liées au transport du corps de l'assuré, la compagnie d'assurances prendra en charge ses frais de séjour et d'entretien, **jusqu'à 80 euros** par jour, avec un **maximum de trois jours**.

### **B.4. Retour des accompagnateurs de la personne décédée**

Si l'assuré décédé voyage en compagnie de son/sa partenaire ou de parents, la compagnie d'assurances organisera et prendra en charge les frais relatifs à leur retour dans le moyen de transport public et collectif le plus approprié, jusqu'au domicile familial ou jusqu'au lieu d'inhumation, à condition qu'ils ne puissent pas poursuivre leur voyage dans le moyen de locomotion qu'ils utilisaient.

**Exclusions applicables à toutes les garanties en cas de décès :**

- a) **Les sinistres qui se seront produits en raison du suicide de l'assuré.**

## C) Garanties d'incidences en cours de voyages et de vols

### C.1. Perte de bagages enregistrés dans les transports publics

En cas de perte totale ou partielle de bagages ou d'effets personnels qui auraient été enregistrés dans des transports publics et à condition que cette perte soit due à la société de transport, la compagnie d'assurances versera l'indemnisation correspondante, dans la **limite de 300 euros** par bagage et jusqu'au **maximum de 600 euros**, ce qui sera toujours en sus de l'indemnisation perçue du transporteur et en complément de cette dernière. Pour obtenir cette garantie, il sera indispensable que l'assuré présente les justificatifs qui prouvent la perte et l'indemnisation reçue, s'il y a lieu, délivrés par le transporteur.

### C.2. Retard dans la livraison des bagages enregistrés dans les transports publics

En cas de retard supérieur à 12 heures dans la livraison de bagages enregistrés dans les transports publics, la compagnie d'assurances prendra en charge le montant des articles de première nécessité que l'assuré devra acquérir en raison de l'absence temporaire de ses bagages, avec un **maximum de 120 euros**, et la condition requise indispensable sera que ces articles devront être acquis pendant la période de retard subie.

L'assuré devra fournir les documents correspondants qui prouvent le retard, délivrés par la société de transport et les factures des objets acquis. Ce remboursement sera déductible de l'indemnisation qui correspond en cas de perte de conformité avec la couverture antérieure.

### C.3. Retard de voyage

En cas de **retard supérieur à 12 heures** au départ de l'avion, du train à longue distance ou du bateau de ligne régulière, et à condition que l'assuré ait un billet confirmé au préalable, la compagnie d'assurances versera l'indemnisation correspondante, **dans la limite de 120 euros**.

### C.4. Annulation de voyage par la société de transport

S'il se produit l'annulation effective du voyage de l'assuré avec un billet confirmé, en avion, en train à longue distance ou en bateau de ligne régulière, la compagnie d'assurances prendra en charge l'indemnisation correspondante, **dans la limite de 120 euros**. Aux effets de cette garantie, il est considéré que l'annulation effective est la suspension totale du transport qui rend le voyage de l'assuré impossible dans le moyen de transport contracté avec au moins douze heures de différence (ou avec une nuit intermédiaire, même si ce laps de temps n'est pas dépassé), par rapport à l'horaire de départ initialement prévu.

### C.5. Perte de correspondances

S'il se produit une perte de correspondance entre deux trajets en avion, en train à longue distance ou en bateau de ligne régulière préalablement confirmés, en raison du retard du premier voyage, la compagnie d'assurances versera l'indemnisation correspondante à l'assuré, **dans la limite de 120 euros**.

### C.6. Remboursement des frais d'interruption du voyage commencé à l'étranger

Au cas où l'assuré devrait interrompre son voyage à l'étranger déjà commencé avant la survenue du sinistre, à cause du décès ou de l'hospitalisation pour maladie grave ou accident de l'assuré ou de son conjoint, ainsi que de parents qui cohabitent avec lui au domicile familial, la compagnie d'assurances prendra en charge les sommes qui, à cause de cette interruption, devront être payées par l'assuré, **jusqu'au maximum de 600 euros**. Pour avoir droit à cette garantie, il sera indispensable que ces sommes aient été préalablement versées par l'assuré et ce dernier devra présenter les justificatifs correspondant à ce paiement.

#### Exclusions applicables aux garanties C. 3, C.4 et C.5 d'incidences en cours de voyages et de vols :

a) Sinistres qui se sont produits dans la ville du domicile de l'assuré.

## D) Garanties du service d'assistance en voyage

### D.1. Démarches administratives pour hospitalisation à l'étranger

La compagnie d'assurances devra collaborer à la gestion de toutes les démarches administratives nécessaires pour formaliser l'admission de l'assuré dans le centre hospitalier, après en avoir fait la demande au centre d'assistance de la compagnie d'assurances.

### D.2. Localisation des bagages ou des objets personnels perdus

La compagnie d'assurances mettra à la disposition de l'assuré son réseau de centres d'assistance pour toutes les démarches de recherche et de localisation nécessaires en cas de perte de bagages ou d'effets personnels,

à condition qu'elle soit due au transporteur, en fournissant en outre sa collaboration pour que l'assuré puisse déposer plainte ou présenter une réclamation.

#### D.3. Service d'information du voyageur

La compagnie d'assurances fournira téléphoniquement une information de base à l'assuré sur la délivrance de passeports, des visas requis, des vaccins recommandés ou obligatoires, le cours de devises, les consulats et ambassades espagnoles dans le monde et, en général, les données d'informations utiles au voyageur, avant le début d'un voyage ou pendant le voyage.

#### D.4. Service d'information sur l'assistance

La compagnie d'assurances, après autorisation de l'assuré, mettra son réseau de centres d'assistance à la disposition de ses parents pour fournir toute l'information nécessaire sur toutes les opérations d'assistance et d'aide mises en œuvre.

#### D.5. Transmission de messages urgents

La compagnie d'assurances mettra son réseau de centres d'assistance à la disposition de l'assuré pour transmettre tous les messages urgents nécessaires, qui dérivent de l'application des couvertures.

#### D.6. Guide de pays

La compagnie d'assurances mettra à la disposition des assurés l'information actualisée relative au site web des pays de destination. L'accès se fera par l'introduction du code d'accès correspondant. Ce site web contient des informations sur les vaccinations recommandées et des informations sur les maladies de la zone. De plus, des recommandations sur l'assistance sanitaire dans le pays seront incluses, ainsi que des adresses et des numéros de téléphone de contact en cas d'urgences. L'information sera complétée par des conseils généraux sur des aspects culturels, les ambassades, la monnaie, les fêtes locales et le climat.

### E) Exclusions générales de la couverture d'assistance en voyage

Outre les exclusions spécifiques établies au paragraphe 2), les exclusions suivantes seront applicables à toutes les garanties d'assistance en voyage :

- a) **La pratique à titre professionnel ou comme membre d'une fédération pour tous les types de sports et de compétitions sportives.**
- b) **Les voyages d'une durée supérieure à 90 jours consécutifs.**
- c) **Le sauvetage de personnes en montagne, dans des abîmes, en mer, en forêt ou dans le désert.**
- d) **Les actes frauduleux du preneur, de l'assuré, du bénéficiaire ou de leurs parents.**
- e) **Les risques qui dérivent de l'utilisation de l'énergie nucléaire.**
- f) **Les risques extraordinaires comme des guerres, des actes de terrorisme, des tumultes populaires, des grèves, des phénomènes de la nature et tout autre phénomène de caractère catastrophique ou des événements qui, par leur ampleur ou leur gravité sont considérés comme des catastrophes ou des calamités nationales.**

### 3. Dispositions additionnelles

Les conditions générales de la police d'assistance sanitaire sont applicables, à condition qu'elles ne soient pas contraires aux présentes dispositions.

Dans les communications téléphoniques demandant l'assistance des garanties stipulées, il faut indiquer : le nom de l'assuré, le numéro de police d'assurance d'assistance sanitaire, l'endroit où l'on se trouve, le numéro de téléphone et le type d'assistance requis.

La compagnie d'assurances n'assume aucune responsabilité en cas de retards ou de manquements dus à des causes de force majeure ou aux caractéristiques administratives ou politiques spéciales d'un pays déterminé. Dans tous les cas, si une intervention directe n'est pas possible, l'assuré sera remboursé à son retour en Espagne ou, en cas de besoin, s'il se trouve dans un pays où les circonstances précédentes n'existent pas, pour les frais qu'il aura payés et qui sont garantis, sur présentation des justificatifs correspondants.

Les prestations de caractère médical et de rapatriement sanitaire doivent être effectuées après avoir obtenu l'accord du médecin du centre hospitalier qui traite l'assuré avec l'équipe médicale de la compagnie d'assurances.

Si l'assuré a droit au remboursement pour la partie du billet qui n'a pas été consommée, en faisant usage de la garantie de rapatriement ou de transfert en Espagne, ce remboursement sera reversé à la compagnie d'assurances.

Les indemnités fixées dans les garanties seront dans tous les cas en complément des contrats qui pourraient exister couvrant les mêmes risques, des prestations de la sécurité sociale ou de tout autre régime de prévoyance collective. La compagnie d'assurances est subrogée dans les droits et actions qui pourraient correspondre à l'assuré pour des faits qui auront motivé son intervention et jusqu'au total du montant des services prêtés ou payés.

**Il est indispensable que, dès le moment de la survenue du sinistre, l'assuré demande la prestation des services au numéro de téléphone suivant, partout dans le monde. Il est possible d'appeler en P. C. V.**

**34 91 745 32 80 Service permanent 24 heures sur 24**

TRADUCTION