Complémentaire Santé Individuelle

La Santé Caraïbes

Dispositions Générales

GENERALI

GFA Caraïbes

TABLE DES MATIÈRES

Glossaire 3

Préambule 4

1. Les garanties d'assurance

1.1. Objet du contrat 5

1.2. Dépenses de soins remboursées 5

1.3. L'assurance du nouveau-né 6

1.4. Étendue territoriale de la garantie 6

1.5. Carte de Tiers-Payant 6

2. La vie du contrat

2.1. Vos déclarations 7

2.2. Formation – Durée - Résiliation 7 /8

2.3. Cotisations 9/10

2.4. Règlement des prestations 10/11

2.5. Prescription 11

3. Information de l'assuré*

3.1. Arbitrage – Médiation – Territorialité 12

3.2. Subrogation 12

3.3 Informations sur la protection des données personnelles RGPD 12/13/14/15

GLOSSAIRE

Nous avons utilisé un langage clair et accessible tout au long du contrat pour vous permettre une meilleure compréhension des garanties.

Tous les termes portant un astérisque dans le contrat font l'objet des définitions ci-dessous.

ACCIDENT* Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré* provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ASSURÉ* ou VOUS* Le ou les personne(s) désignée(s) aux Dispositions Particulières comme bénéficiaire(s) de la garantie.

ASSURÉ SOCIAL* Personne qui bénéficie des prestations proposées par la Sécurité Sociale.

AYANT DROIT* Personne que le souscripteur** a nommément désignées lors de la Souscription du contrat parmi : son conjoint*, ses enfants (reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint* au sens du Régime Obligatoire, âgés de 18 ans et plus et pour lesquels ils justifient annuellement qu'ils poursuivent leurs études, jusqu'à la date anniversaire du contrat de l'année de leurs 25 ans), les ascendants, descendants ou collatéraux, dont il justifie annuellement qu'ils sont reconnus à charge par son Régime Obligatoire ou de celui de son conjoint*.

BRSS Base de Remboursement Sécurité Sociale. Tarif fixé par la Sécurité Sociale applicable aux praticiens et établissements conventionnés, pour le calcul du remboursement du régime obligatoire.

OPTAM* Option de Pratique Tarifaire Maitrisée.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE* Intervention chirurgicale au laser destinée à corriger la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie.

CONJOINT* Époux, épouse, personne vivant maritalement avec l'assuré* ou liée à ce dernier par un Pacte Civil de Solidarité.

ÉCHEANCE* Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci.

ÉCHÉANCE PRINCIPALE* Date de renouvellement du contrat et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir.

ÉCHOGRAPHIE* Examen par ultrasons des tissus, des organes, des vaisseaux et du cœur. Au cours de la grossesse, l'échographie* permet de suivre le développement du fœtus.

HOSPITALISATION* Séjour en qualité de patient, d'une durée minimum de 24 heures, en clinique ou en hôpital pour y recevoir un traitement ou des soins nécessités par une maladie*, un accident* ou une maternité.

MALADIE* Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

MAMMOGRAPHIE* Examen radiographique de la glande mammaire par rayons X.

NOUS* Désigne GFA Caraïbes.

ORTHODONTIE* Partie de la chirurgie dentaire qui traite des anomalies de positionnement des dents.

ORTHOPÉDIE* Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessités pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires

ORTHOPHONISTE* Auxiliaire médical spécialiste de la rééducation des personnes présentant des troubles du langage et de l'écriture.

OSTÉOPATHE* Désigne un praticien diplômé d'une école reconnue (bac+6) soignant par des manipulations au niveau de la colonne vertébrale, du crâne et des articulations.

PMSS* Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Son montant est revalorisé chaque année au 1er janvier.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO*) Régime légal français de Protection Sociale auquel est affilié l'assuré*.

BRSS* Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

SOUSCRIPTEUR* La personne morale ou physique qui souscrit le contrat pour son compte ou le compte d'autrui. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

TARIF DE CONVENTION ET D'AUTORITÉ* Tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale des honoraires et des soins utilisés par les caisses des différents Régimes Obligatoires.

TICKET MODÉRATEUR* Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie* obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise) et qui reste à la charge de l'assuré*.

TIERS PAYANT* Système permettant à l'assuré* social de ne pas faire l'avance des frais. Paiement des sommes dues par l'assuré* au professionnel de santé ou à l'établissement de soins, par le gestionnaire du tiers payant*.

VOUS* / LE SOUSCRIPTEUR Désigne l'assuré et ses ayants droit*.

PREAMBULE

Le présent contrat d'assurance régi par le Code des assurances, est incontestable dès qu'il a pris existence, sous réserve des causes ordinaires de nullité et sauf l'effet de L 113-8 du Code des assurances relatif à la fausse déclaration intentionnelle et à la réticence de l'Assuré*.

Il repose sur la bonne foi des déclarations des assurés*.

Le contrôle de l'Assureur est effectué par :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 Rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09

Les informations à caractère personnel recueillies par l'Assureur sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et Liberté n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées (si nécessaire) en tant que besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal.

Ces données ne pourront être communiquées que dans les limites nécessaires aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, l'Assureur peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous* pouvez également, à tout moment, conformément à la Loi Informatique et Libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous* concernant, les faire rectifier, supprimer, vous* opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

Secrétariat Direction de GFA Caraïbes
104/106 Boulevard Général de Gaulle
97200 FORT DE FRANCE
Email : droitdacces@gfa-caraibes.fr

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du Code pénal, pourront être utilisées par l'Assureur pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis,

- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et de gestion du risque, de sécurité et de prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,

- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré* à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous* pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - *3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cédex 07*.

1. LES GARANTIES D'ASSURANCE

1.1. Objet du contrat

Le contrat La Santé Caraïbes a pour objet le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident*, une maladie* ou une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire. Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation du contrat.

Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance santé dits « Contrats Responsables » (article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et autres décrets et arrêtés applicables).

Afin que le présent contrat soit qualifié de « responsable », celui-ci ne prend pas en charge les conséquences financières de la baisse du taux de remboursement liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises médicales laissées à la charge de l'Assuré* pour les frais relatifs à certaines prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie*.

L'ensemble des actes de prévention prévus au titre de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge par le présent contrat. Conformément à la règlementation, nous* garantissons deux actes de préventions par année civile.

Le présent contrat est qualifié de « responsable » et répond à l'ensemble des règles définies aux articles R 871-1 et 871-2 II du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives ou règlementaires régissant les « contrats responsables », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Assuré*.

1.2. Dépenses de soins remboursées

Les garanties ainsi que le niveau de remboursement sont déterminés en fonction de la formule et des options choisies, indiqués sur vos Dispositions Particulières et repris au tableau des garanties. Pour chaque formule, le tableau des garanties précises la nature et les montants des remboursements ainsi que les plafonds éventuels des différents postes de frais.

➢ **Le remboursement des frais médicaux suivants :**

- Les consultations, visites, indemnités de déplacement des praticiens et auxiliaires médicaux.
- Les frais d'hospitalisation* médicale et chirurgicale dans les établissements conventionnés et non conventionnés : honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais de salle d'opération, frais de séjour y compris le forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans.
- Les actes de radiologie.
- Les analyses et prélèvements.
- Les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie.
- Les appareils d'orthopédie*, de prothèse et d'optique.
- La pharmacie : médicaments et homéopathie prescrits médicalement
- Les frais de transport du malade ou de l'accidenté.
- La cure thermale effectuée dans les établissements agréés par la Sécurité Sociale.
- La rééducation fonctionnelle sous réserve de prise en charge par le Régime Obligatoire.
- L'ensemble des actes de prévention prévu au titre de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge par le présent contrat. Conformément à la règlementation nous* garantissons deux actes de préventions par année civile.

Le versement de forfaits annuels dans la limite des frais réellement engagés s'entend par année civile.

Le forfait correspond au plafond annuel de remboursement par assuré* pour la garantie de la formule que vous* avez choisie.

Il peut s'agir :

- D'un forfait pour la chambre particulière en cas d'hospitalisation* ou pour les frais induits par l'accompagnement d'un enfant hospitalisé de moins de seize ans.
- D'un forfait pour les actes d'ostéopathie réalisés par un Ostéopathe* diplômé « D.O » ou pour les actes de chiropractie réalisés par un chiropracteur diplômé « D.C ».
- D'un forfait complémentaire par œil pour la Chirurgie réfractive* réalisée sur prescription médicale.
- D'un forfait télévision et téléphone dans le cadre d'une hospitalisation*.
- Un forfait en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant. Ce forfait est doublé en cas de naissance gémellaire ou d'adoption simultanée de plus d'un enfant. L'enfant (ou les enfants) doit (vent) être assuré* (s) dans les 3 mois suivants l'évènement pour prétendre à ce forfait.

➢ **Garanties « protection+ »**

Sont également pris en charge, sur justificatif et dans les limites prévues par la formule de garantie souscrite, les frais suivants :

- Médicaments non pris en charge par le Régime Obligatoire, y compris les contraceptifs,
- Médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire, y compris les contraceptifs : pilules contraceptives, implants contraceptifs, dispositifs intra-utérins (DIU), stérilets, diaphragmes, contraception d'urgence hormonale, uniquement si elle est délivrée sur prescription médicale,
- Vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire : anti grippal, fièvre jaune, hépatite A ou B,
- Médecines naturelles non prises en charge par le Régime Obligatoire : ostéopathie, chiropractie, étiopathie, réflexologie, acupuncture, kinésithérapie,
- Densitomètrie osseuse non prise en charge par le Régime Obligatoire,
- Diagnostic prostate.

- **LES LIMITATIONS**

• Limitation à 30 jours par année civile des frais de séjour en établissement psychiatrique ou assimilé (cure de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) dans la limite de la garantie souscrite.

• Limitation de l'hospitalisation à domicile
L'hospitalisation à domicile avec accord de la sécurité sociale et en continuation d'un séjour hospitalier garanti par nos soins est pris en charge dans la limite de 90 jours dans la limite de la garantie souscrite.

- Les limitations en pharmacie :
  Les spécialités pharmaceutiques doivent être prescrites par un médecin et le régime obligatoire doit rembourser une partie des frais. La garantie s'entend en frais réels sauf si un générique de la molécule prescrite est disponible, le supplément éventuel de coût engendré par l'achat par l'assuré* d'un médicament de marque (princeps) au lieu du générique équivalent n'est pas pris en charge.

- Les garanties optionnelles :

Pour renforcer votre couverture « Santé », vous* pouvez choisir entre deux packs optionnels, quelle que soit la formule de garantie souscrite.

Pack vitalité :

Ce pack s'adapte à vos besoins en prenant en charge des garanties supplémentaires :

- Sur présentation de facture acquittée et dans la limite de 60 € par an et par bénéficiaire :
  - consultation psychologue
  - consultation diététique

Pack sérénité :

Pour vous* permettre d'accéder aux soins dits de « confort », nous* vous* allouons une participation forfaitaire, pour les actes suivants, sous réserve qu'ils aient été réalisés sur prescription médicale :

- Séances pédicure, podologue non prises en charge par le Régime Obligatoire
- Parodontologie non prise en charge par le Régime Obligatoire
- Lit d'accompagnant adulte (16 ans et +) limité à 30 jours /an.

1.3. L'assurance du nouveau-né

Le nouveau-né est assuré* immédiatement à la condition que l'un des parents ait souscrit le contrat et que la demande d'assurance nous* soit adressée au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance. Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande et le forfait allocation naissance ne sera pas versé. L'acte de naissance doit être produit comme justificatif de l'événement.

1.4. Étendue territoriale de la garantie

La garantie du contrat s'exerce dans l'Union Européenne et la principauté de Monaco. Elle s'étend aux accidents* survenus et aux maladies* contractées hors de France lorsque le Régime Obligatoire français d'assurance maladie* de l'assuré* s'applique. Le règlement des prestations est effectué en euros.

1.5. Carte de Tiers-Payant

Une carte de tiers-payant, est délivrée à l'assuré*, avec les Dispositions Particulières du contrat. Elle est la propriété de l'assureur et devra être restituée à la résiliation du contrat. L'utilisation de cette carte n'est acquise, sous peine de poursuites judiciaires, que si le contrat est non résilié et est à jour de paiement. En cas de non-paiement de la cotisation, l'Assureur pourra suspendre les garanties du Contrat. Les prestations ne seront alors pas prises en compte durant toute la durée de la suspension du contrat.

La carte de tiers payant* devra être présentée systématiquement chez les professionnels de santé conventionnés. Cette carte est une carte d'ouverture de droits, la décision d'accorder ou non la dispense d'avance des frais reste du choix du professionnel de santé en fonction des accords conventionnels passés. En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'Assuré* s'engage à restituer immédiatement la carte Tiers payant*. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation

2. LA VIE DU CONTRAT

2.1. Vos déclarations

Le contrat est établi d'après vos déclarations et la cotisation est fixée en conséquence.

➢ **Que devez-vous* nous* déclarer ?**

- À la souscription :

Les garanties du présent contrat sont souscrites au bénéfice des personnes suivantes, nommément désignées dans les documents contractuels :

- Le Souscripteur*
- Ses ayants droit*, c'est-à-dire les personnes que le Souscripteur* a nommément désignées lors de la Souscription
- son conjoint*,
- ses enfants :
  - reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint* au sens du Régime Obligatoire,
  - âgés de 18 ans et plus et pour lesquels il justifie annuellement qu'ils poursuivent des études, jusqu'à la date anniversaire du contrat de l'année de leurs 25 ans,
- les ascendants, descendants ou collatéraux, dont il justifie annuellement qu'ils sont reconnus à charge par son Régime Obligatoire ou celui de son conjoint*.

- En cours de contrat :

Vous* devez nous* déclarer pour toutes les personnes couvertes par le contrat :

- Un changement de domicile.
- Un changement de situation familiale (naissance, mariage, décès).
- Un changement de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie* (ajout ou retrait d'un ayant-droit par exemple).

Vous devez nous fournir à chaque nouvelle rentrée scolaire un certificat de scolarité pour tous les enfants de plus de seize ans inscrits sur le contrat.

Vous* devez, au moins une fois par an, mettre à jour toutes vos cartes « SESAM-VITALE » : personnelle, de votre conjoint ou de vos enfants à charge et nous informer en cas de fermeture des droits du régime obligatoire ou de modification de celui-ci.

Ces déclarations et documents doivent parvenir à notre siège social ou à notre représentant, de préférence par lettre recommandée, dans les 15 jours qui suivent votre connaissance de l'un de ces événements.

À la souscription ou en cours de contrat :

Vous* devez nous déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès d'autres assureurs.

Toute réticence, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de vous*, entraînent l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.2. Formation – Durée - Résiliation

➢ **Quand le contrat prend-il effet ?**

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières.

➢ **Quelle est la durée du contrat ?**

Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle par tacite reconduction à la date anniversaire du Contrat. Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties contractantes, moyennant un préavis de deux mois au moins avant la date d'échéance.

➢ **Comment résilier le contrat ?**

Votre contrat peut être résilié dans les circonstances et les délais indiqués dans le tableau ci-dessous.

- Formes de la résiliation :

Lorsque la résiliation est de votre fait, elle doit se faire par l'envoi d'une lettre recommandée avec retour obligatoire des cartes de tiers-payant qui seraient en votre possession. Lorsque la résiliation est de notre fait, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée à votre dernier domicile connu.

- Date d'envoi de la lettre de résiliation :

Pour Vous* : la date retenue est la date d'expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Pour Nous*: la date retenue est la date de réception chez vous* de la lettre de résiliation.

Conséquences de la résiliation : *Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.*

Pour quels motifs ?	Qui peut résilier ?	Selon quelles modalités ?	Date d'effet de la résiliation
Non reconduction du contrat	VOUS*	Au plus tard 2 mois avant l'échéance* principale prévue aux Dispositions Particulières	Au jour de l'échéance* principale à 0 heure
Changement de situation matrimoniale, de profession, retraite, fin de couverture d'un régime obligatoire d'assurance maladie* français ou cessation d'activité professionnelle lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113-16).	VOUS* ET NOUS*	VOUS* : dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement. NOUS* : dans les 3mois qui suivent l'envoi de votre lettre nous* en informant.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
Augmentation de tarif pour des motifs à caractère technique ou règlementaire.	VOUS*	Dans le mois qui suit la date où vous* avez eu connaissance de cette augmentation.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
En cas de diminution du risque et que nous* ne réduisons pas votre cotisation en conséquence (article L113-4).	VOUS*	Dans le mois où vous* avez eu connaissance de vos nouvelles garanties et tarifs.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
Résiliation par nous* d'un autre de vos contrats après sinistre (article R 113-10).	VOUS*	Dans le mois qui suit la lettre de notre lettre de résiliation du contrat résilié.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
Droit de résiliation : Conformément à la règlementation en vigueur au 01 12 2020, vous disposez d'un droit de résiliation dès lors que votre contrat a plus d'un an à compter de sa souscription.	VOUS*	Votre demande pourra se faire par simple courrier ou tout autre support durable.	La résiliation interviendra un mois après avoir reçu la notification.
Non-paiement des cotisations (article L 113-3).	NOUS*	Au plus tôt 10 jours après l'échéance*.	40 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Omission ou inexactitudes dans la déclaration des risques (article L113-8).	NOUS*	Dès que nous* en avons connaissance mais avant tout sinistre.	10 jours après l'envoi de notre lettre de résiliation.
Retrait total de l'agrément de notre société.	RESILIATION DE PLEIN DROIT		Le 40e jour à midi après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait le retrait de l'agrément administratif de notre société.
Décès du souscripteur*.	RESILIATION DE PLEIN DROIT		À l'échéance* suivante. S'il y a plusieurs assurés*, le contrat est adapté à cette échéance* pour assurer un maintien des garanties.
Adhésion collective obligatoire	VOUS*	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.
Ouverture des droits CMU Complémentaire par le régime obligatoire.	VOUS*	Dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement.	Au 1er jour du mois qui suit l'envoi de votre lettre de résiliation à 0 heure.

➢ Comment modifier son contrat ?

À l'initiative de l'Assuré :

Le souscripteur* a la possibilité d'opter pour une formule de garanties plus réduites, après une année d'assurance, moyennant un préavis de deux mois avant la date d'échéance* annuelle par lettre recommandée.

Le souscripteur* dispose en outre de la faculté de demander une formule de base plus favorable, toujours avant l'échéance* annuelle, moyennant un préavis d'au moins deux mois, et sous réserve de l'acceptation par l'assureur.

En cas de modification de sa situation personnelle ayant une incidence sur la formule de garanties qu'il a choisie (changement d'activité professionnelle, de domicile, de situation de famille ou cessation d'activité professionnelle), l'assuré* peut demander, dans les trois mois suivant l'événement, une modification de sa formule, qui prendra effet, sous réserve d'acceptation par l'assureur, à la prochaine échéance* de cotisation.

À l'initiative de l'Assureur :

Le contrat peut être modifié sur proposition de notre part, notamment dans les hypothèses suivantes :

- si nous* modifions votre cotisation à l'échéance* anniversaire (article 2.3 - Cotisation),
- à des fins de mise en conformité avec les dispositions règlementaires régissant les contrats « responsables » (article 1.3 - Cadre juridique du contrat dit « responsable ») : dans ce cas, le souscripteur* sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des assurés* au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le souscripteur* sera informé par courrier simple, l'assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé. Le souscripteur* ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé. En cas de refus d'une modification par le souscripteur*, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information (article 2.2. Formation - Durée - Résiliation). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Ces modifications sont applicables aux assurés* sous réserve du consentement du souscripteur* dans les conditions ci-après. Ce consentement peut être prouvé par tout moyen de droit. De convention expresse, votre consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni ne réserve ni opposition formulée auprès de l'assureur dans les trente jours suivant son exécution.

En cas de refus d'une modification par le souscripteur*, celui-ci peut résilier le contrat dans le mois qui suit la réception de l'information (article 2.2 – Formation-Durée - Résiliation). La prime ou le prorata de prime restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

Adaptation du contrat par suite de modification du régime de base de la Sécurité sociale :

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions de la Sécurité sociale et de la législation en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de la Sécurité sociale venaient à être modifiées, nous* nous* réservons la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles. Le souscripteur*/adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

2.3. Cotisations

➢ Paiement de la cotisation

Les cotisations à la charge de l'Assuré* sont indiquées aux conditions particulières ; elles sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement à terme échu.

Si 10 jours après une échéance*, la cotisation n'est pas payée, l'Assureur adressera à l'Assuré* une lettre recommandée, conformément aux dispositions de l'article L 113-3 du Code des assurances disposant qu'à défaut de paiement, et indépendamment du droit pour l'Assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée. Durant la période de suspension, aucune prestation ne sera prise en charge par l'assureur. Le contrat est résilié 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours ci-dessus.

La cotisation est fixée à la souscription en fonction de la formule de base choisie et de votre âge (calculé par différence de millésimes entre l'année d'effet et l'année de naissance), du nombre de personnes inscrites et de votre Régime Obligatoire.

Elle ne dépend pas de votre état de santé.

➢ **Variation de la cotisation**

En cours de contrat, la cotisation évolue à chaque échéance* principale en fonction de l'âge de l'assuré*.

La cotisation peut aussi varier en cas de souscription ou de radiation d'une ou plusieurs garanties optionnelles.

La cotisation évolue aussi en fonction de l'augmentation des dépenses de santé de notre portefeuille de contrats.

La cotisation peut évoluer en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'une charge parafiscale, celle-ci sera appliquée conformément aux dispositions règlementaires.

➢ **Révision du tarif**

Le tarif sera révisé annuellement en fonction de l'évolution de ces critères et pour les motifs suivants :

Motifs techniques, législatifs ou règlementaires	Date d'effet des révisions
Résultats techniques : la cotisation peut être révisée en fonction des résultats techniques du portefeuille du contrat.	À l'échéance principale*
Modification de remboursement de votre régime obligatoire : la cotisation peut être révisée en contrepartie du maintien de votre niveau de remboursement global.	À l'échéance* qui suit la modification
Modifications des taxes d'assurance : la cotisation peut être révisée selon l'impact des décisions des pouvoirs publics.	À l'échéance* qui suit la modification

➢ **Prélèvement**

Si vous* avez opté pour le prélèvement des cotisations, ce prélèvement cessera dès le 2ème rejet bancaire successif.

L'intégralité de la cotisation annuelle déduction faite des fractions déjà payées, deviendra alors immédiatement exigible.

Pour les échéances* suivantes, le paiement annuel des cotisations sera retenu. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, nous* pourrons poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-dessus.

2.4. Règlement des prestations

➢ **Quelles sont vos obligations ?**

Toutes les pièces concernant un accident* ou une maladie* doivent nous* être remises trois mois au plus tard après la fin du traitement. Si le traitement dure plus de trois mois, vous* devez nous* prévenir au plus tard le quatrième mois.

En cas de non-respect de ces obligations, sauf cas de force majeure, la garantie ne vous* sera pas acquise, dès lors que ce retard nous* aura causé un préjudice.

➢ **Justificatifs à produire pour remboursement**

L'Assuré* doit transmettre à l'Assureur sa demande de remboursement accompagnée :

- des décomptes du Régime Obligatoire justifiant le montant des frais remboursés
- des notes ou factures acquittées justifiant les frais réels engagés ; toutefois ne sont jamais pris en considération les factures et notes d'honoraires d'un montant différent de celui déclaré à la Sécurité Sociale
- éventuellement des décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance.
- Le délai de prescription est de deux ans a compter de la date des soins. Passé ce délai aucune demande de remboursements ne sera prise en compte

Toute fausse déclaration, production de pièces inexactes ou falsifiées entrainera la déchéance des garanties.

Seuls les décomptes originaux ou certifiés conformes aux originaux tiennent lieu de justificatifs.

Les décomptes reçus pour des soins réglés directement aux professionnels de santé ne doivent pas être envoyés. Toutefois, nous* nous réservons le droit de demander directement ou par l'intermédiaire de notre délégataire de gestion tout autre justificatif qui nous* semblerait nécessaire (factures détaillées, notes d'honoraires…).

➢ **L'expertise**

- Renseignements supplémentaires

– Notre médecin conseil peut demander à l'Assuré* tout renseignement complémentaire sur la maladie* ou l'accident* traité. Il peut être amené à vous* demander de répondre à un questionnaire ou de fournir des documents médicaux spécifiques.

– Vous* pouvez lui communiquer ces renseignements directement ou par le biais de votre médecin traitant.

- Expertise

– En cas de contestation d'ordre médical, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

– L'Assureur et l'Assuré* choisissent un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert

et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

➢ **Remboursement des prestations**

L'Assureur garantit aux conditions ci-dessous :

- des remboursements complémentaires aux prestations en nature payées en application de l'article L 321-1 à 3 du Code de la Sécurité sociale, à la suite d'un accident* ou d'une maladie* atteignant un Assuré*,
- une indemnité en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale.

Seuls les postes de frais pris en charge par la Sécurité sociale, sauf dérogations éventuelles prévues aux conditions particulières, même s'ils comportent des dépassements, sont remboursés par l'Assureur.

Les limites des remboursements de l'Assureur figurent pour chaque poste de frais sur la grille des garanties souscrites et précisées aux conditions particulières. Il ne saurait y avoir de compensation entre les différents postes pour appliquer ces limites.

Par ailleurs, les remboursements de l'Assureur ne peuvent excéder la différence entre le coût réel des frais engagés et le montant pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf justification des frais réels, ceux-ci sont réputés conformes au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, les remboursements de l'Assureur étant alors limités au ticket modérateur*.

Si des prestations de même nature sont également payées par d'autres organismes de prévoyance ou d'assurance, il en est tenu compte pour l'application des limitations ci-dessus définies, l'Assureur n'intervenant qu'en dernier lieu.

Seuls les frais engagés après l'admission d'un Assuré* dans l'assurance -sous réserve que cet engagement ne soit pas consécutif à un examen ou une prescription antérieure à son admission - et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Télétransmission

La transmission des décomptes de remboursements des assurés* bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie*, sous forme d'échanges des données informatiques.

En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré* sera amené à nous* transmettre l'original de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

➢ **Tiers payant***

Votre contrat vous* permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant*.

La procédure de tiers payant* dispense l'Assuré* de faire l'avance du ticket modérateur* auprès des Professionnels de santé qui acceptent le dispositif.

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction de la garantie que vous* avez souscrite et qui figure aux Dispositions Particulières du contrat.

Ce remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le règlement des prestations est toujours subordonné au remboursement préalable de votre Régime Obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

2.5. Prescription Conformément aux dispositions des articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances :

Article L 114-1

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

Article L 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré* à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- acte d'exécution forcée.

3. INFORMATION DE L'ASSURÉ*

3.1. Arbitrage – Médiation - Territorialité

➢ **Clause d'arbitrage**

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes, celles-ci s'engagent, en cas de difficultés et avant toute autre procédure, à s'en reporter à la sentence rendue par trois arbitres.

Ils sont choisis selon la procédure suivante. Chaque partie désigne un arbitre. Les deux arbitres choisissent entre eux un troisième arbitre.

En cas de désaccord sur le règlement du litige, les arbitres choisissent un quatrième et un cinquième arbitre. A défaut d'entente sur ce choix, ce nouvel arbitre est nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Fort de France, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'est pas rendue.

Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

➢ **Médiation**

L'Assureur met tout en œuvre pour apporter le meilleur service aux Assurés*.

Toutefois, si un désaccord survenait, les Assurés* ont la possibilité d'adresser une réclamation à l'adresse suivante :

GFA Caraïbes
Service Réclamation
104/106 Boulevard Général de Gaulle
97200 FORT DE FRANCE
E-mail : servicereclamation@gfa-caraibes.fr
Si le désaccord persistait après sa réponse, les Assurés* peuvent demander l'avis du médiateur. Ce dernier est une personnalité extérieure à l'Assureur qui a pour mission d'examiner les litiges en toute indépendance, et de trouver un accord à l'amiable, sans préjudice pour les Assurés* d'intenter une action en justice.

La demande est à adresser au :

M. Le Médiateur de la F.F.S.A
BP 290
75425 Paris Cedex 09

➢ **Territorialité**

Sauf stipulation contraire indiquée aux conditions particulières, les garanties ne sont acquises qu'aux Assurés* exerçant leur activité en France métropolitaine et DOM/COM. Elles sont étendues au monde entier pour les séjours n'excédant pas trois mois. Les prestations sont payées en France et en euros.

3.2. Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé, à concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de l'Assuré* contre tout responsable du sinistre.

Le paiement d'indemnités forfaitaires et indemnitaires peut entrainer l'exercice de la subrogation.

3.3. Information sur la protection des données personnelles par GFA Caraïbes

➢ **> Identification du responsable de traitement**

Cette notice d'information a pour objet de vous* informer de manière détaillée des traitements de données à caractère personnel vous* concernant mis en œuvre par la Compagnie d'assurance GFA Caraïbes en tant que responsable de traitement.

➢ **> Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement**

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ainsi que la réalisation de prospection commerciale.

A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives.

Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous* trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	▪ Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis…

Et Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire)	▪ Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat ▪ Recouvrement ▪ Exercice des recours et application des conventions entre assureurs ▪ Gestion des réclamations et contentieux ▪ Prise de décisions automatisées liées à la souscription ou l'exécution du contrat ▪ Certaines données peuvent entrainer des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties, ▪ Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque ▪ Etudes statistiques et actuarielles ▪ Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	▪ Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ▪ Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	▪ Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non frauduleuses au contrat ▪ Etudes statistiques et actuarielles ▪ Prospection commerciale liée à la prospection commerciale Afin de vous* permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection.

➢ **> Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous* concernant et non collectées auprès de vous***

- Catégorie de données susceptibles de nous* être transmises :

  - Etat civil, identité, données d'identification
  - Données de localisation (déplacements, données GPS, GSM, etc.)
  - Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
  - Numéro d'identification national unique
  - Données de santé issues du codage CCAM.

- La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

  - Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.
  - A des fins de prospection commerciale, elles peuvent être obtenues dans le cadre d'opération de parrainage ou de la part d'organismes dument habilités.

> Clause spécifique relative à la fraude

Vous* êtes également informé que nous* mettons en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par la compagnie. Dans ce cadre, des données personnelles vous* concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de GFA Caraïbes. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

> **Clause spécifique relative aux obligations réglementaires**

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous* pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

> Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous* concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires GFA CARAIBES pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

> Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, les data centers du groupe Generali France sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergés vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernant des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données de GFA Caraïbes à l'adresse suivante : droitdacces@gfa-caraibes.fr .

> Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

> L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous* effectuons vous* disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : vous* disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous* concernant dont nous* disposons et demander à ce que l'on vous* en communique l'intégralité.

- D'un droit de rectification : vous* pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.

- D'un droit de suppression : vous* pouvez nous* demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous* retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement.

- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.

- D'un droit à la limitation du traitement : vous* pouvez nous* demander de limiter le traitement de vos données personnelles.

- D'un droit à la portabilité des données : vous* pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous* nous* avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous* avez consenti à l'utilisation de ces données. Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.

- Droit de retrait : vous* avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : vous* pouvez vous* opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale à l'adresse ci-après.

Vous* pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse droitdacces@gfa-caraibes.fr ou à l'adresse postale suivante GFA Caraïbes – 104/106 Boulevard Général de Gaulle 97200 FORT-DE-FRANCE.

> Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous* pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

> Prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous* concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés vous* concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous *disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de point de vue et de contester la décision.

Vous* pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

> Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous* permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous* concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entrainer des décisions automatisées, consistant notamment à vous* adresser certaines offres commerciales.

Vous* disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales que vous* pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

Opposition au démarchage téléphonique

Si vous êtes un consommateur et que vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Nous pourrons cependant toujours vous contacter, directement, ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour notre compte, concernant votre contrat, ou pour vous proposer des produits ou services afférents ou complémentaires à celui-ci ou de nature à l'améliorer.

> Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous* pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse GFA Caraïbes - Délégué à la protection des données personnelles – 104/106 Boulevard Général de Gaulle 97200 FORT-DE-FRANCE ou à l'adresse électronique droitdacces@gfa-caraibes.fr.

GFA Caraïbes

Société Anonyme au capital de 6.839.360,00 euros. Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS de Fort-de-France sous le numéro B 381 324 912. Filiale de Generali France, Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Siège social : Imm. La Levée, 104/106 bd Général de Gaulle - 97200 Fort de France I www.gfacaraibes.fr