



Notice sur l'assurance facultative

1 / 5

Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective n° 2806/699, réservée aux titulaires d'un crédit consenti par Crédit Moderne Océan Indien, S. A. au capital de 4 575 776 euros - 333 353 944 R.C.S Saint-Denis - Siège social : 28 rue Lislet Geoffroy CS 91028 - 97495 Ste Clotilde - N° ORIAS : 07 029 039 (www.orias.fr) - N° ADEME : FR200182_03KLJL ci-après dénommé « le Prêteur », et souscrite par ce dernier auprès de - CARDIF Assurance Vie - S. A. au capital de 719 167 488,00 euros - 732 028 154 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et CARDIF-Assurances Risques Divers - S. A. au capital de 21 602 240,00 euros - 308 896 547 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris pour le risque Incapacité Temporaire Totale de travail, ci-après dénommées « l'Assureur » ou « CARDIF » - Entreprises régies par le Code des assurances.

LEXIQUE

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide ; les maladies, leurs conséquences ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. A titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

Adhèrent : toute personne physique, ayant contracté un crédit consenti par le Prêteur en France et ayant signé la Demande d'adhésion. Il est le payeur des cotisations, et également dénommé « Assuré ».

Le terme « assuré » désigne l'emprunteur et le co-emprunteur.

Carence : période pendant laquelle la survenance d'un sinistre ne donne lieu à aucune prestation.

Contrat à distance : tout contrat conclu entre un professionnel et un consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à la conclusion du contrat (téléphone, e-mail...)

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail ou de chômage au-delà duquel une indemnisation est possible.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT/M) : est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par l'Assureur, l'Assuré dont l'état de santé, constaté sur prescription médicale par suite de maladie ou d'accident, interdit l'exercice d'une activité professionnelle et qui, en outre, n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. L'Assuré doit également exercer une activité professionnelle rémunérée ou percevoir des allocations du Pôle emploi ou organisme assimilé au jour du sinistre.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA/I) : est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré reconnu inapte par l'Assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer).

Sinistre : événement susceptible de déclencher les garanties du contrat : Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale de travail.

Article 1 - Objet du contrat :

Le présent contrat a pour objet de garantir l'Adhèrent contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale de travail survenant avant le terme de ses engagements au titre du crédit consenti par le Prêteur.

En fonction de son âge et de sa situation professionnelle, l'Adhèrent peut opter pour l'une des formules de garanties suivantes :

- **D** « Décès » (D)
- **DIM** « Décès » (D), « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (I), « Incapacité Temporaire Totale de travail » (M)

Le changement de formule en cours d'adhésion est impossible.

Article 2 - Conditions d'admission :

Est admissible à la présente assurance et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- résidente en France ;
- étant âgée de plus de 18 ans lors de la conclusion du contrat ;
- ayant contracté un crédit auprès du Prêteur d'un montant maximum de 150.000 euros ;
- ayant complété le questionnaire de santé en fonction de sa situation et du montant du crédit;

Conditions d'admission complémentaires :

Pour la formule de garantie **D** :

- être âgé de moins de 80 ans

Pour la formule de garanties **DIM** :

- être âgé de moins de 65 ans
- exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations du Pôle Emploi ou organismes assimilés.

Nous attirons l'attention de l'Adhèrent sur le fait que toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte peut entraîner l'application des sanctions prévues par les articles :

> **L.113-8 du Code des assurances** : « indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors

acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Et

> **L.113-9 du Code des assurances** : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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

Article 3 - Conclusion du contrat, prise d'effet et durée des garanties :

• Date de conclusion du contrat

Le contrat est conclu :

- En cas de vente en face à face ou d'adhésion à distance avec signature de la demande d'adhésion : à la date de signature de la demande d'adhésion
 - En cas d'adhésion par téléphone sans signature de la demande d'adhésion : à la date de l'appel téléphonique au cours duquel l'Adhèrent a donné son consentement à l'adhésion.
- Toutefois, le contrat n'est pas conclu si l'Adhèrent fait l'objet de mesures restrictives ou de gel des avoirs en vertu du règlement européen n° 2580/2001 du 27 décembre 2001 ou des articles L 562-1 et suivants du code monétaire et financier.

• Durée du contrat :

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pendant toute la durée du crédit.

• Date de prise d'effet des garanties

En cas d'adhésion sans questionnaire médical :

Les garanties prennent effet à l'expiration d'un délai de carence de 180 jours à compter de la date de conclusion du contrat.

Toutefois, lorsque le sinistre est d'origine accidentelle ou en cas de survenance d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'un accident vasculaire cérébral, les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de travail prennent effet à la date de conclusion du contrat.

En cas d'adhésion avec questionnaire médical :

Les garanties prennent effet à la date d'acceptation du risque par Cardif qui correspond à la date d'envoi par Cardif du courrier d'accord à l'assurance.

Dans tous les cas, en cas de vente à distance, l'Assuré est couvert gratuitement selon la formule choisie pour la période comprise entre la date de conclusion du contrat et la fin du délai de renonciation de 14 jours calendaires.

• Cessation des garanties :

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat suite au non-paiement des primes d'assurance conformément à l'article L113-3 du Code des Assurances,
 - en cas de déchéance du terme du contrat de prêt,
 - à la date d'expiration des engagements de l'Adhèrent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
 - en cas de remboursement anticipé total du prêt quelle qu'en soit la cause,
 - à la date de la mise en jeu des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.
 - en cas de résiliation du contrat d'assurance demandée par l'Adhèrent lors de la première année d'assurance, au moins deux mois avant la date d'échéance. Cette résiliation prend effet à la date d'échéance du contrat. Ce droit de résiliation appartient à l'Assureur dans les mêmes conditions.
 - en cas de résiliation demandée par l'Adhèrent à tout moment après la première année d'assurance,
- La résiliation prend effet à la fin du mois qui suit la réception de la lettre de résiliation.
- La résiliation se fait :
- par courrier adressé à Crédit Moderne Océan Indien - Service Client - 28 rue Lislet Geoffroy CS 91028 - 97495 Ste Clotilde, ou
 - en ligne sur le site ou via le lien URL : www.credit-moderne.com,
 - par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

De plus, les garanties cessent, au plus tard :

- pour la garantie **Décès**, dès la fin du mois du 81ème anniversaire de l'Adhèrent.
- pour les garanties **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de travail** - dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - le 67ème anniversaire de l'Adhèrent,



Notice sur l'assurance facultative

2 / 5

- la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Adhérent (sauf pour raisons médicales),
- le départ ou la mise en préretraite ou en retraite de l'Adhérent (sauf pour raisons médicales),
- la liquidation de toute pension de retraite (sauf pour raisons médicales).

Article 4 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties :

En cas de sinistre, l'Assureur verse les prestations en fonction de la formule de garantie choisie. Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % des sommes assurées en cas de sinistres concomitants ou non entre des co-assurés. Les sommes échues au titre du Financement et restées impayées au jour du sinistre ne sont pas prises en charge par l'Assureur. Pour être pris en charge par l'Assureur, le sinistre doit s'être produit postérieurement à la prise d'effet mentionnée à l'article 3.

Article 5 – Garantie « Décès » (D) :

L'Assureur règle au Prêteur le montant du capital restant dû au titre du crédit à la date du décès.

Article 6 – Garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (I) :

L'Assureur règle au Prêteur le montant du capital restant dû pris en compte à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnu par l'Assureur diminué des éventuelles prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Pour bénéficier de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré doit exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations du Pôle Emploi ou organisme assimilé au jour du sinistre.

Article 7 – Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » (M) :

L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit venant à échéance à compter du 91ème jour consécutif (franchise) à la date de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail **dans les limites fixées par l'Article 9 LIMITATION DES GARANTIES.**

Pour bénéficier de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré doit :

- être en interruption totale et continue de travail constatée médicalement depuis au moins 90 jours consécutifs (franchise) par suite de maladie ou d'accident survenu(e) après la date de prise d'effet de la garantie,
- exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations du Pôle Emploi ou organisme assimilé au 1er jour d'arrêt de travail.

Article 8 – Limitation des garanties :

L'indemnisation totale ne peut excéder 150.000 euros.

Par ailleurs, il est précisé que : Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :

- la prise en charge ne pourra excéder 18 remboursements mensuels en un ou plusieurs sinistres. Les droits seront reconstitués 2 ans (730 jours) après la dernière mensualité prise en charge pour tout sinistre dont la date de survenance est postérieure à la date de reconstitution des droits.
- le montant du remboursement pris en compte est égal au remboursement mensuel en vigueur au 1er jour d'arrêt de travail ;
- en cas de rechute pour les mêmes causes de maladie ou d'accident, survenant après une reprise d'activité professionnelle :
- si l'Adhérent a repris le travail pendant plus de 90 jours, la rechute est considérée comme un nouveau sinistre indépendant du premier (la prise en charge interviendra après 90 jours continus d'arrêt de travail),
- dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite du précédent arrêt de travail : prise en charge dès le 1er jour du nouvel arrêt.

Article 9 – Exclusions :

Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

- les faits intentionnels de l'Assuré,
- des suicides intervenus au cours de la première année d'assurance,
- des sinistres résultant de l'usage de stupéfiants ou de médicaments à dose non ordonnée médicalement, l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre) lorsque l'Assuré conduisait le véhicule accidenté,
- la participation active à des crimes, des délits, des duels ou des luttes, sauf en cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de mouvements populaires, survenant dans un pays n'appartenant pas à l'Espace Economique Européen, ou autre que les Etats-Unis, le Canada ou la Suisse,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome, la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, d'armes à feu.

En outre, pour la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » :

- des arrêts de travail dus au congé légal de maternité,
- des atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail,
- des troubles anxio dépressifs, psychiques, psychiatriques, la fibromyalgie, la spasmophilie, le harcèlement professionnel, le burn-out et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'hospitalisation d'une durée minimum de 30 jours continus dans les 3 mois suivant le 1er jour d'arrêt de travail.

Article 10 – Conditions de prise en charge :

Les sinistres doivent être déclarés dans un délai maximum de 12 mois après leur survenance au Prêteur qui transmettra la déclaration à l'Assureur. **En cas de déclaration tardive, une déchéance (perte du droit à garantie) peut être opposée à l'Assuré si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice (article L113-2 du code des assurances).**

Pour l'appréciation du bien-fondé de la demande de prise en charge, l'Adhérent (ou ses ayants droit) devra présenter les pièces justificatives suivantes :

En cas de décès :

- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- L'acte de décès

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- La notification de mise en invalidité 3ème catégorie par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé
- En d'Incapacité Temporaire Totale de travail :
- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- Les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou organisme assimilé,
- Tout document daté de moins de 3 mois justifiant de l'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre

L'Assureur peut demander des documents complémentaires ou demander un examen à un médecin indépendant. A ce titre l'assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix.

Le refus de communiquer ces documents ou de se rendre à l'examen médical sera considéré comme une renonciation aux garanties.

L'Assureur peut également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation.

Les frais relatifs à l'examen médical complémentaire sont à la charge de l'Assureur.

L'appréciation par l'Assureur des notions d'invalidité ou d'incapacité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale.

Les sommes dues par l'Assureur au titre des prises en charge sont réglées directement au Prêteur.

Sauf circonstances particulières et sous réserve de l'accord exprès ou tacite de Cardif, tout paiement devant être effectué par Cardif interviendra par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Economique Européen ou membre de l'Espace unique de paiement en euros (SEPA) et sera libellé en euros.

Par conséquent, CARDIF pourra légitimement refuser de procéder à tout paiement par crédit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou libellé dans une devise autre que l'euro.

En outre, Cardif n'accordera aucune garantie ou prestation ni aucun paiement au titre de ce Contrat, dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou un tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une loi ou règlement des Nations Unies ou de l'Union européenne en matière de sanction économique, ou toute autre règle ou loi applicable relative à des sanctions économiques ou commerciales.



Notice sur l'assurance facultative

3 / 5

TABEAU SYNTHETIQUE DE LA CARENCE, DE LA FRANCHISE ET PRISE EN CHARGE PAR GARANTIE :

L'ensemble des carences, franchises, ainsi que les conditions et limites des prises en charge sont détaillées dans les articles 3 à 9 de la présente notice.

GARANTIE	CARENCE			FRANCHISE	PRISE EN CHARGE
	Sinistre accidentel ou survenance d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'un accident vasculaire cérébral	Adhésion avec questionnaire de santé	Adhésion sans questionnaire		
D	0 jour	0 jour	180 jours	0 jour	Le capital restant dû
I					
M				90 jours	18 mensualités maximum, les droits étant reconstitués 2 ans après la dernière mensualité prise en charge.

Article 11 - Coût de l'assurance :

Le coût de l'assurance est indiqué dans l'offre de contrat de crédit. Les primes sont perçues pour le compte de l'Assureur en même temps que les échéances de crédit. Le Prêteur règle mensuellement les primes à l'Assureur. L'Assureur pourra modifier le taux de prime à condition de prévenir l'Adhérent 3 mois avant son entrée en vigueur par l'intermédiaire du Prêteur. Une telle modification ne peut intervenir que si l'évolution des caractéristiques actuarielles du groupe assuré le justifie.

Dans le mois suivant cette notification, l'Adhérent pourra refuser la modification en résiliant par lettre simple son adhésion. A défaut, il sera réputé avoir accepté.

Le taux des cotisations pourra également être révisé à la date d'échéance des cotisations d'assurance la plus proche si les Pouvoirs Publics modifient le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

Le paiement des cotisations doit intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie de l'Espace économique européen ou membre de l'Espace unique de paiement en euros (SEPA) et être libellé en euros.

Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son en-voi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (article L113-3 du code des assurances).

Article 12 - Faculté de renonciation :

- **En cas de démarchage** (conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances) :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Dans ce cas l'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, date à laquelle est conclue l'opération d'assurance. L'Adhérent doit pour cela adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : Crédit Moderne Océan Indien - Service Client - 28 rue Lislet Geoffroy CS 91028 - 97495 Ste Clotilde, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature".

Cardif rembourse, le cas échéant, l'intégralité des sommes éventuellement versées par l'Adhérent dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

- En cas de contrat à distance

L'Adhérent bénéficie de la faculté de renonciation selon les modalités ci-dessus. Le délai de renonciation court à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Article 13 - Demandes d'information et réclamations :

Toute demande d'information concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse suivante :

- Crédit Moderne Océan Indien

- Service Client

- 28 rue Lislet Geoffroy CS 91028 - 97495 Ste Clotilde

Ou par téléphone au : 02 62 92 13 13 (Prix d'un appel local)

Pour toute réclamation :

L'Assureur met tout en œuvre, pour assurer le traitement des réclamations qui lui sont adressées, dans les meilleurs délais.

Il s'engage à en accuser réception dans les dix jours ouvrables et à y apporter une réponse, dans un délai d'un mois.

Ces délais s'entendent à compter de la date d'envoi de la réclamation, cachet de la poste faisant foi.

Si des circonstances exceptionnelles venaient à justifier d'un délai de traitement plus long, l'Assuré en sera dûment informé.

Pour toute réclamation liée à l'adhésion au contrat et aux événements en cours d'adhésion notamment relatifs aux cotisations et modifications de ses données personnelles et coordonnées, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur et son gestionnaire par courrier à l'adresse suivante :

Crédit Moderne Océan Indien - Service Client - 28 rue Lislet Geoffroy CS 91028 - 97495 Ste Clotilde

Ou par téléphone au : 02 62 92 13 13 (Prix d'un appel local)

Pour toute réclamation liée au traitement du sinistre, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur par courrier à l'adresse suivante :

BNP Paribas Cardif
Service Réclamations Prévoyance
TSA 60004

92729 Nanterre Cedex

En l'absence de réponse, l'Assuré a la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance, dans un délai de 2 mois à compter de l'envoi de sa réclamation.

En cas de désaccord avec la réponse apportée à sa réclamation par l'Assureur, l'Assuré a également la possibilité de saisir sans délai, la Médiation de l'Assurance.

Les modalités d'accès sont les suivantes :

- par voie électronique en complétant le formulaire de saisine figurant sur le site internet : www.mediation-assurance.org
- par voie postale à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Le Médiateur de l'assurance est une personne extérieure et indépendante de CARDIF. La sollicitation du Médiateur de l'Assurance est le dernier recours amiable avant d'entreprendre une démarche judiciaire.

La procédure est écrite, gratuite, et confidentielle.

La Charte de la Médiation ainsi que les conditions d'accès au Médiateur sont disponibles sur le site internet de l'association La Médiation de l'Assurance (www.mediation-assurance.org).

Les dispositions de la présente section, relative au processus pour effectuer une réclamation, s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales que vous pouvez exercer à tout instant.

Article 14 - Prescription :

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent/souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Conformément à l'article L. 192-1 du Code des assurances, « si le souscripteur/l'adhérent a sa résidence principale dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à 5 ans en matière d'assurance vie ».

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-2 du Code des assurances, « 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



Notice sur l'assurance facultative

4 / 5

autre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 ».

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2244 du Code civil :

- « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription » ;

- « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription (...) » ;

- « Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure » ;

- « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance » et cette interruption « est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée » ;

- « Le délai de prescription (...) est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée » ;

Conformément aux dispositions de l'article L. 114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Conformément aux dispositions des articles 2233 à 2239 du Code civil :

- La prescription ne court pas : à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ; à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ; à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé ;

- La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure ;

- Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts ;

- Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité ;

- Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession ;

- La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois ;

- La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Article 15 - Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'Assureur, en tant que responsable de traitement, est amené à recueillir auprès de l'Adhérent des données à caractère personnel protégées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et par le Règlement (UE) général sur la protection des données n°2016-679.

Les données à caractère personnel qui sont demandées par l'Assureur sont obligatoires. Si des données à caractère personnel demandées par l'Assureur sont facultatives, cela sera précisé au moment de leur collecte.

Les données à caractère personnel collectées par l'Assureur sont nécessaires :

a. Pour respecter les obligations légales et réglementaires auxquelles il est soumis

L'Assureur collecte les données à caractère personnel de l'Adhérent afin d'être conforme aux différentes obligations légales et réglementaires qui s'imposent à lui, telles que :

- La prévention de la fraude à l'assurance ;
- La lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ;
- La lutte contre la fraude fiscale, l'accomplissement des contrôles fiscaux et les obligations de notification ;
- La surveillance et le report des risques que l'Assureur pourrait encourir ;
- La réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée.

b. Pour l'exécution d'un contrat avec l'Adhérent ou pour prendre des mesures, à sa demande, avant de conclure un contrat

L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent pour conclure et exécuter ses contrats, et en particulier :

- Evaluer les caractéristiques du risque pour déterminer une tarification ;
- Gérer les réclamations et l'exécution des garanties du contrat ;
- Communiquer à l'Adhérent des informations concernant les contrats de l'Assureur ;
- Accompagner l'Adhérent et répondre à ses demandes ;
- Evaluer si l'Assureur peut proposer à l'Adhérent un contrat d'assurance et le cas échéant évaluer à quelles conditions.

c. Pour la poursuite d'un intérêt légitime

L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent dans le but de déployer et développer ses contrats d'assurance, pour améliorer sa gestion des risques et pour faire valoir ses droits, en particulier :

- La preuve du paiement de la prime ou cotisation d'assurance ;
- La prévention de la fraude ;
- La gestion des systèmes d'information, comprenant la gestion des infrastructures (ex: plateforme partagée), ainsi que la continuité des opérations et la sécurité informatique ;
- L'établissement de modèles statistiques individuels, basés sur l'analyse du nombre et de la fréquence des sinistres pour l'Assureur, par exemple dans le but d'aider à définir le score de risque d'assurance de l'Adhérent ;
- L'établissement de statistiques agrégées, de tests et de modèles pour la recherche et le développement, dans le but d'améliorer la gestion des risques ou dans le but d'améliorer les produits et services existants ou d'en créer de nouveaux ;
- Le lancement de campagnes de prévention, par exemple en créant des alertes liées à la survenance de catastrophes naturelles ou d'intempéries, en cas de ralentissement sur les routes, verglas... ;
- La sensibilisation du personnel de l'Assureur par l'enregistrement des appels émis et reçus par ses centres d'appel ;
- La personnalisation des offres de l'Assureur pour l'Adhérent et de celles des autres entités de BNP Paribas à travers l'amélioration de la qualité de ses contrats d'assurance, ou la communication concernant ses contrats d'assurance en fonction de la situation de l'Adhérent et de son profil.

Cela peut être accompli par :

- La segmentation des prospects et clients de l'Assureur ;
- L'analyse des habitudes et préférences de l'Adhérent dans l'utilisation des différents canaux de communication que l'Assureur met à sa disposition (mails ou messages, visite des sites internet de l'Assureur, etc.) ;
- Le partage des données de l'Adhérent avec une autre entité de BNP Paribas en particulier si l'Adhérent est ou va devenir un client de cette autre entité ; et
- L'association des données relatives aux contrats que l'Adhérent a déjà souscrits ou pour lesquels il a effectué un devis, avec d'autres données que l'Assureur possède sur lui (ex: l'Assureur peut identifier que l'Adhérent a des enfants mais qu'il ne dispose pas encore de protection assurance familiale).

L'organisation de jeux concours, loteries et campagnes promotionnelles.

Les données à caractère personnel de l'Adhérent peuvent être regroupées au sein de statistiques anonymes qui peuvent être fournies à des entités du Groupe BNP Paribas pour les aider dans le développement de leur activité.

L'Adhérent dispose des droits suivants :

- Droit d'accès : l'Adhérent peut obtenir les informations relatives au traitement de ses données à caractère personnel, et une copie de ces dernières.
- Droit de rectification : dès lors qu'il considère que ses données à caractère personnel sont inexacts ou incomplètes, l'Adhérent peut demander à que ses données à caractère personnel soient modifiées en conséquence.
- Droit à l'effacement : l'Adhérent peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite de ce que permet la loi.
- Droit à la limitation : l'Adhérent peut demander la limitation des traitements sur ses données à caractère personnel.
- Droit d'opposition : l'Adhérent peut formuler une opposition au traitement de ses données à caractère personnel, pour des raisons tenant à sa situation particulière. L'Adhérent bénéficie par ailleurs d'un droit d'opposition absolu concernant les traitements de ses données à caractère personnel aux fins de prospection commerciale, et y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

• Droit de retirer son consentement : lorsque l'Adhérent a donné son consentement pour le traitement de ses données à caractère personnel, il a le droit de retirer son consentement à n'importe quel moment.

• Droit à la portabilité des données : dans certains cas, l'Adhérent a le droit de récupérer les données à caractère personnel qu'il a délivrées à l'Assureur, ou lorsque cela est techniquement réalisable, de solliciter leur transfert à un autre responsable de traitement.

• Droit à la mort numérique : l'Adhérent peut définir auprès de l'Assureur des directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. L'Adhérent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment.

Pour exercer l'un des droits listés ci-dessus, l'Adhérent doit adresser un courrier ou mail à l'adresse suivante :

BNP PARIBAS CARDIF - DPO

8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France, ou

data.protection@cardif.com.

Toute demande de l'Adhérent doit être accompagnée d'une photocopie/scan de sa pièce d'identité afin que l'Assureur puisse avoir une preuve de son identité.

Si l'Adhérent souhaite avoir plus d'informations sur le traitement de ses données à caractère personnel réalisé par l'Assureur, il peut consulter la Notice « protection des données » disponible directement à l'adresse suivante : www.cardif.fr/data-protection-notice.

Cette Notice contient l'ensemble des informations relatives aux traitements des données à caractère personnel que l'Assureur, en tant que responsable du traitement, doit fournir à



Notice sur l'assurance facultative

5 / 5

L'Adhérent, en ce compris les catégories de données à caractère personnel traitées, leur durée de conservation ainsi que les destinataires éventuels des données à caractère personnel.

En cas de déclaration d'un sinistre notamment, l'Adhérent peut parfois être amené(s) à transmettre à l'Assureur des données concernant son état de santé.

L'Adhérent accepte expressément que des données sur son état de santé peuvent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la gestion du contrat d'assurance.

Lors de l'adhésion du contrat, l'Adhérent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données relatives à son état de santé, par exemple lorsqu'il complète une déclaration de bonne santé, un questionnaire médical ou lorsqu'il doit réaliser des formalités médicales.

L'Adhérent accepte expressément des données sur son état de santé peuvent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la conclusion du contrat d'assurance.

Lorsque l'Adhérent complète un questionnaire de santé par voie dématérialisée, l'émission ou non d'une offre et les conditions de celle-ci (notamment en termes de garanties, de montant de prime et d'éventuelles formalités médicales complémentaires) sont déterminées de manière automatisée, sur la base des réponses qu'il a apportées. Des questions supplémentaires peuvent être posées à l'Adhérent afin de permettre une évaluation plus précise du risque tenant compte de son état de santé (en ce compris les maladies affectant l'Adhérent ou les accidents qu'il a subis).

En fonction des réponses de l'Adhérent, une offre d'assurance peut être émise. La prime et la couverture de cette offre d'assurance pourront être adaptées (ajout de certaines exclusions, retrait de certaines garanties).

L'Adhérent a le droit de contester ces décisions automatisées auprès d'un membre du personnel de l'Assureur qui devra tenir compte de son point de vue. Ce droit s'exerce dans les conditions fixées au sein de la Notice « *protection des données* » (section 7).

Article 16 – Contrat sous forme électronique

Le présent contrat est sous forme électronique en cas d'adhésion dématérialisée sur le lieu de vente.

Preuve du Contrat : La preuve de ce contrat peut être établie conformément aux articles 1366 et 1368 du Code civil.

L'Adhérent convient que la signature électronique utilisée pour signer le contrat sera admise au même titre qu'une signature manuscrite sur support papier.

Accès au Contrat par l'Adhérent : L'original du contrat, entendu comme le document figé ayant reçu l'accord des parties, est conservé sous forme électronique par le Prêteur selon des modalités techniques dûment documentées permettant de préserver l'intégrité du contrat et d'attester de sa conclusion. Conformément à l'article 1375 du Code civil relatif aux originaux des conventions synallagmatiques, le dispositif technique mis en œuvre par le Prêteur permet à l'Adhérent de demander à tout moment d'avoir accès à l'original de son contrat, en suivant les instructions portées sur le courrier électronique envoyé à l'Adhérent après la conclusion du contrat.

L'Adhérent reconnaît et accepte que toute impression papier du contrat constitue une copie, et qu'en cas de litige portant sur le contenu du contrat, seul l'original électronique conservé par le prêteur fera foi, conformément à l'article 1379 du Code civil.

Acceptation du contrat : Si le présent contrat présenté à l'Adhérent sur le lieu de vente convient à l'Adhérent, celui-ci manifeste son acceptation au Prêteur en signant celui-ci électroniquement selon les modalités exposées ci-après. L'Adhérent exprime ses choix en cochant des croix et en apposant sa signature manuscrite sur l'écran proposé à la fin de l'adhésion. Le contrat enrichi d'un fichier récapitulatif des consentements et les options choisies par l'Adhérent sont signés électroniquement conformément aux dispositions de l'article 1367 du Code civil : l'Adhérent ayant été dûment identifié par l'intermédiaire le dispositif technique utilisé pour la signature électronique permet de garantir le lien entre la signature de l'Adhérent et le contrat présenté à ce dernier.

Article 17 – Convention de preuve

L'Assureur et l'Adhérent conviennent que les dispositions du présent article constituent entre elles une convention sur les modes de preuve recevables conformément à l'article 1368 du Code civil.

- Utilisation du Code d'accès

Avant toute déclaration de perte ou de vol du Code d'accès intervenue, tout accès au site internet ainsi que toute opération réalisée précédée de la saisie du Code d'accès est réputée émaner de l'Adhérent. La saisie du Code d'accès vaut authentification.

- Système de double-clic

Le système de double-clic mis en place sur le site internet permet à l'Adhérent, à la suite d'un premier clic, de visualiser un écran récapitulatif de l'opération qui lui est proposée par Crédit Moderne Océan Indien, puis de valider par un second clic, ses choix récapitulés au sein d'un dernier écran tout en gardant la possibilité de revenir en arrière pour les modifier.

L'Assureur et l'Adhérent acceptent expressément que ce dernier clic vient manifester le consentement de l'Adhérent aux droits et obligations qui découlent des opérations qu'il réalise, et

que les traces de ce dernier clic conservées par l'Assureur font preuve devant les tribunaux de la manifestation de ce consentement.

- Preuve des opérations réalisées sur le site internet

La reproduction ou l'enregistrement des opérations par tout moyen même informatique (microfiches, enregistrements, impressions ...) constitue la preuve entre l'Assureur et l'Adhérent des opérations réalisées par l'Adhérent sur le site internet.

Les courriers électroniques adressés à l'Adhérent par l'Assureur ou par le Courtier, ainsi que les éventuels documents « PDF » joints ont force probante entre les parties.

- Conservation des données

Afin de sécuriser et de pouvoir apporter la preuve des opérations réalisées en ligne, Crédit Moderne Océan Indien a mis en place un système de conservation électronique des données.

Seront notamment conservées dans un coffre-fort électronique les données suivantes :

- date et heure de connexion de l'Adhérent,

- date et heure de validation des opérations en ligne (acceptation ou refus par l'Adhérent des propositions émanant de Crédit Moderne Océan Indien),

- les PDF récapitulatifs liés aux opérations en ligne.

Les données conservées dans le coffre-fort électronique font foi en cas de litige opposant l'Assureur à l'Adhérent.

Article 18 – Généralités :

La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Le Prêteur et les Assurés au titre du présent contrat bénéficient du Fonds de Garantie des assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable, pour les seules garanties "Décès", "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" et "Incapacité Temporaire Totale de travail".

Article 19 – Contrôle de l'entreprise d'assurance :

L'organisme chargé du contrôle de CARDIF Assurance Vie et CARDIF-Assurances Risques Divers en tant qu'entreprises d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 20 – Inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

L'Adhérent peut s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr (article L.223-1 du Code de la consommation). Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel, ou tout intermédiaire agissant pour son compte, de démarcher l'Adhérent par téléphone, sauf si cette sollicitation intervient dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et qu'elle a un rapport avec l'objet de ce contrat.

Article 21 – Lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme – Respect des sanctions internationales

L'Assureur est assujéti à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme, le gel des avoirs et la lutte contre la corruption. Ces obligations doivent être mises en œuvre avant la conclusion de l'adhésion et tout au long de la vie de l'adhésion.

Cela se traduit par l'obligation :

- d'identifier l'Adhérent et les Assurés au contrat ;

- de pratiquer un examen attentif des opérations effectuées au titre du contrat.

Pour satisfaire à ces obligations, l'Assureur peut recueillir tous éléments d'information pertinents ainsi que, le cas échéant, des pièces justificatives. L'Adhérent s'engage à fournir toutes les informations et pièces justificatives demandées. Si l'Assureur n'obtient pas les informations et pièces nécessaires, il a l'obligation de ne pas conclure l'adhésion. Par ailleurs, il est précisé que l'Assureur n'accepte aucune opération en espèces.

Sanctions internationales

En tant que filiale du Groupe BNP PARIBAS, l'Assureur respecte toutes sanctions économiques et commerciales ou mesures restrictives (interdictions et restrictions au commerce de biens, de technologies ou de services ciblés avec certains pays, mesures de gel des fonds et ressources économiques, restrictions à l'accès aux services financiers) décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, le département américain du Trésor chargé du contrôle des avoirs étrangers (U.S. Department of the Treasury's Office of Foreign Assets Control - OFAC), le Département d'Etat américain (U.S. Department of State), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.