

**INFORMATION ET CONSEIL
ASSURANCE EMPRUNTEUR DU CREDIT RENOUVELABLE FLOA**

Article L521-4 du Code des Assurances

Les informations suivantes que nous vous invitons à consulter avant d'adhérer au contrat d'assurance, vous renseignent sur les personnes concernées par ce contrat, l'identité de l'assureur, des intermédiaires ainsi que sur certains éléments essentiels du contrat d'assurance sur lesquels nous souhaitons particulièrement attirer votre attention.

Seule la **Notice** dans son intégralité a valeur contractuelle. **Nous vous invitons à la lire attentivement et tout particulièrement les paragraphes consacrés aux exclusions, délais de carence, franchises et durées d'adhésion.**

Vous pouvez poser toutes les questions que vous estimez nécessaire à votre conseiller au 0 825 954 989 (Service 0,15€ /min + prix appel) du lundi au vendredi de 9h à 20h - samedi de 9h à 18h avant d'adhérer afin de déterminer si le contrat vous convient.

A QUI S'ADRESSE L'ASSURANCE EMPRUNTEUR ?

L'assurance s'adresse à l'Emprunteur désigné comme tel sur l'offre de contrat de crédit, âgé de 18 à 79 ans inclus au moment de la souscription qui souhaite assurer le remboursement de son crédit en cas de survenance des risques suivants : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Maladies Redoutées, Incapacité temporaire Totale de Travail (ITT), Divorce, Hospitalisation, Perte d'Emploi (PE).

FLOA a souscrit deux contrats d'assurance auprès des sociétés **CARDIF Assurance Vie SA** et **CARDIF-Assurances Risques Divers SA** :

- le Contrat d'assurance (réf. 3002/4055 - 04/2024) permettant d'assurer les risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Maladies Redoutées, Incapacité temporaire Totale de Travail (ITT), Perte d'Emploi (PE),
- et le Contrat d'assurance (réf. 4056 - 04/2024) portant sur les garanties Divorce et Hospitalisation.

FORMULE RECOMMANDÉE

En fonction de votre date de naissance et de votre activité professionnelle, FLOA vous recommande la formule la plus adaptée à votre situation : Formule Premium - Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail, Divorce, Hospitalisation, Perte d'Emploi

Tarification de la formule : 0,69% / mois calculé sur le capital restant dû

Par exemple : pour 1 000 € de capital restant dû, 6,90 € seront prélevés au titre de l'assurance.

FORMULE(S) ELIGIBLE(S)

En fonction de votre date de naissance et de votre activité professionnelle, vous êtes éligible à la (aux) formule(s) cochée(s) ci-dessous :

	✓ 18 - 65 ans inclus*	✓ 18 - 65 ans inclus*	✓ 18 - 65 ans inclus*	66 - 79 ans inclus*
Décès	Formule Premium	Formule Confort	Formule Essentielle	Formule Essentielle
PTIA				
Maladies Redoutées				
ITT				
Divorce				
Hospitalisation				
PE				
Tarif	0,69% / mois** <i>soit par exemple pour 1 000 € de capital restant dû, 6,90 € d'assurance</i>	0,62% / mois** <i>soit par exemple pour 1 000 € de capital restant dû, 6,20 € d'assurance</i>	0,50% / mois** <i>soit par exemple pour 1 000 € de capital restant dû, 5,00 € d'assurance</i>	0,55% / mois** <i>soit par exemple pour 1 000 € de capital restant dû, 5,50 € d'assurance</i>
Condition complémentaire	exercer une activité professionnelle salariée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée	exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations de France Travail ou organismes assimilés		

*Age calculé selon la formule : année de l'adhésion - année de naissance

La cotisation n'est payable qu'à compter de la prise d'effet du contrat. **Le non-paiement des cotisations aux échéances prévues est susceptible d'entraîner votre exclusion du contrat groupe (Art. L.141-3 du Code des Assurances).

La cotisation est calculée tous les mois sur la base du capital restant dû (hors intérêts). Elle est incluse dans la mensualité de crédit ou vient en plus dans le cas d'une opération spéciale à durée fixe.

DETAIL DES GARANTIES

Limites d'âge :

Les garanties cessent, au plus tard dès la fin du mois du 81^{ème} anniversaire de l'assuré pour les risques Décès et Divorce, dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'assuré pour les risques PTIA, Maladies Redoutées, ITT, Hospitalisation et PE.

Garantie :

- La garantie **DECES** intervient en cas de décès de la personne assurée. Elle permet le règlement par l'assureur du solde du crédit à la date du décès.
- La garantie **PERTE TOTALE et IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** intervient lorsque l'assuré est 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). Elle permet le règlement par l'assureur du solde du crédit diminué des prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.
- La garantie **MALADIES REDOUTEES** intervient lorsque la maladie garantie est diagnostiquée pour la première fois en cours d'adhésion. Les maladies redoutées prises en charge sont les suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques. Elle permet le règlement par l'assureur du solde du crédit de l'adhérent à la date de constatation médicale de la maladie redoutée.
- La garantie **INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE de TRAVAIL (ITT)** intervient lorsque l'état de santé de l'assuré, constaté sur prescription médicale par suite de maladie ou d'accident, interdit l'exercice d'une activité professionnelle. Elle permet le règlement par l'assureur des mensualités de crédit de l'adhérent venant à échéance à la date de survenance de l'Arrêt de Travail.
- La garantie **DIVORCE** intervient dès lors que le dossier de demande de divorce a été déposé auprès du tribunal ou du notaire. Elle ne s'applique pas aux personnes pacées. Elle permet le règlement par l'Assureur d'au maximum 3 mensualités de crédit.
- La garantie **HOSPITALISATION** intervient en cas d'hospitalisation de 24 heures au moins. Elle permet le règlement par l'Assureur d'au maximum 3 mensualités de crédit.
- La garantie **PERTE D'EMPLOI (PE)** intervient en cas de licenciement ou de rupture conventionnelle (sous réserve d'un CDI pendant au moins 12 mois consécutifs dans les 24 derniers mois), ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part de France Travail ou organismes assimilés. Elle permet le règlement par l'assureur des mensualités de crédit venant à échéance à la date de survenance de la perte d'emploi.

Les franchises, exclusions et conditions des garanties sont précisées dans la Notice.

L'indemnisation totale (hors test génomique) ne peut excéder 6.000 euros par sinistre.

INFORMATION SUR LES ASSUREURS

CARDIF Assurance Vie SA au capital de 719 167 488 € - 732 028 154 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris - N° ADEME : FR200182_01XHWE

CARDIF-Assurances Risques Divers SA au capital de 24 602 240 € - 308 896 547 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris - N° ADEME : FR200182_01XHWE

INFORMATION SUR L'INTERMEDIAIRE EN ASSURANCES

FLOA : SA de droit français au capital de 72 297 200 € - Siège social : Immeuble G7, 71 rue Lucien Faure, 33300 Bordeaux - 434 130 423 RCS Bordeaux - N° ADEME FR200182_01XHWE - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance n° 07028160 (www.orias.fr),

Afin de vous proposer les produits d'assurance les plus adaptés, FLOA travaille avec les entreprises d'assurance suivantes : **CARDIF Assurance Vie SA** et **CARDIF-Assurances Risques Divers SA**. Dans le cadre de la distribution et de la gestion du contrat d'assurance proposé, FLOA perçoit une commission de l'assureur. FLOA ne fournit pas de service de recommandation personnalisée. FLOA n'a pas d'obligation de travailler avec une entreprise d'assurance et ne fonde pas son analyse sur différents contrats d'assurance.

AUTORITE DE CONTROLE

Les assureurs et l'intermédiaire mentionné ci-dessus sont régis par le Code des assurances français et sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS92459 - 75436 PARIS Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr).

QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATION ?

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel : FLOA - Centre de Relation Clientèle - TSA 62 710 - 92 894 Nanterre Cedex 9 ou 09 69 39 11 86 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 9h à 20h - samedi de 9h à 18h. Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez adresser votre réclamation au Service Réclamations : FLOA - Service Réclamations - TSA 62 710 - 92 894 Nanterre Cedex 9. En cas de persistance du litige, les coordonnées du Médiateur vous seront communiquées sur simple demande.

Assurance des emprunteurs

Document d'Information sur le produit d'assurance

Compagnie : Cardif Assurance Vie et Cardif-Assurances Risques Divers

Entreprises d'assurance immatriculées en France et régies par le Code des assurances

N° d'agrément : 502 0054 et 402 02 86

Produit : Assurance emprunteur couvrant les crédits renouvelables

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'Assuré. L'information complète sur ce produit se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ? L'assurance des emprunteurs garantit le remboursement au Prêteur du montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Maladies Redoutées (MR), des mensualités de crédit de l'Adhérent en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou de Perte d'Emploi (PE) dans les conditions décrites ci-dessous.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties systématiquement prévues :

- ✓ En cas de Décès, l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date du décès.
- ✓ Test génomique : un test génomique innovant permettant de détecter le risque de récurrence lors de la survenance de certains cancers du sein (hormono-dépendant (RH+ et HER2-) de grade intermédiaire, avec une taille comprise entre 1 et 5 cm et sans envahissement ganglionnaire) et prescrit par un oncologue, l'Assureur remboursera l'Assuré, en complément d'une éventuelle prise en charge, dans la limite de 3 000 €.

Garanties en option :

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné la PTIA reconnu par l'Assureur diminué des éventuelles prises en charge faites au titre de la garantie ITT.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), l'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit de l'Adhérent venant à échéance à la date de survenance de l'Arrêt de Travail après application d'une franchise relative de 15 jours : la prise en charge s'effectue dès le 1er jour du sinistre si l'arrêt de travail est supérieur à 15 jours consécutifs.

En cas de Perte d'Emploi (PE), l'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit de l'Adhérent venant à échéance à la date de survenance de la perte d'emploi après application d'une franchise relative de 15 jours : la prise en charge s'effectue dès le 1er jour du sinistre si la perte d'emploi est supérieure à 15 jours consécutifs.

En cas de Maladies Redoutées, l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de la maladie redoutée (accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques).

Dans les mêmes conditions que pour l'Adhérent, son conjoint ou partenaire de PACS est également couvert pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Maladies Redoutées et Incapacité Temporaire Totale de travail en fonction de la formule choisie lors de l'adhésion.

Le test génomique est également applicable au conjoint ou partenaire de PACS de l'Adhérent.

Plafonds :

L'indemnisation totale (sauf test génomique) ne peut excéder 6 000 euros par sinistre.

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'invalidité permanente totale
- ✗ L'invalidité permanente partielle
- ✗ L'invalidité professionnelle



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions des garanties sont liées aux causes et conséquences suivantes :

- ! les faits intentionnels de l'Assuré, dont le suicide intervenu au cours de la première année d'assurance ;
- ! l'usage de stupéfiants ou de médicaments à doses non prescrites de l'Assuré, conducteur du véhicule accidenté ;
- ! l'état d'ivresse de l'Assuré, conducteur du véhicule accidenté.

Les principales exclusions pour l'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- ! la période de congé légal de paternité ;
- ! la période de congé légal de maternité ;
- ! les addictions (alcool, drogues, médicaments, jeu ou toute autre addiction), les troubles psychosomatiques, l'encéphalomyélite myalgique, la fibromyalgie (douleur chronique étendue), leurs suites et/ou conséquences, y compris les complications de leur traitement.

Les principales exclusions pour la Perte d'Emploi :

- ! les licenciements et les ruptures conventionnelles notifiés avant la date de prise d'effet de la garantie Perte d'Emploi ;
- ! les licenciements et les ruptures conventionnelles entre conjoints, ascendants ou descendants ;
- ! les résiliations de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai ;
- ! les démissions ;
- ! le chômage partiel.

Les principales exclusions pour la garantie Maladies Redoutées :

- ! les maladies redoutées résultant de pathologies préexistantes à l'entrée en vigueur de l'adhésion au Contrat ou pour lesquelles l'Assuré est en attente de résultats d'examen ou d'analyses médicales au moment de la souscription.

Principales restrictions :

Une franchise relative de 15 jours s'applique pour les garanties ITT et PE : la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour du sinistre si l'arrêt de travail ou la perte d'emploi est supérieur à 15 jours.

Pour toutes les garanties, le délai de carence est de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat (sauf en cas d'accident, de survenance d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'un accident vasculaire cérébral).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'appliquent dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion sous peine de nullité du contrat.

En cours de contrat

- Payer la cotisation.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre et envoyer les justificatifs exigés dans les conditions et délais impartis.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable par l'Adhérent en même temps que les échéances de crédit et selon les mêmes modalités.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à l'expiration d'un délai de carence de 30 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, PTIA, ITT, PE et MR prennent effet à la date de conclusion 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.

Les garanties prennent fin notamment :

- 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, (en cas de défaillance de l'emprunteur, le Prêteur peut exiger le remboursement immédiat du solde du compte de crédit renouvelable, majoré des intérêts échus mais non payés),
- à la date d'expiration des engagements de l'Adhérent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- à la date de clôture du compte du crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,
- en cas de résiliation demandée par l'Adhérent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance,
- à la date de la mise en jeu des garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré ou Maladies Redoutées.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat peut être résiliée à tout moment à compter de la date de conclusion du contrat par lettre ou courrier électronique adressé à FLOA, en ligne ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

NOTICE SUR L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective 3002/4055 réservée aux titulaires d'un crédit renouvelable consenti par FLOA - S.A au capital de 72 297 200 euros – 434 130 423 R.C.S. Bordeaux – Siège social : Immeuble g7, 71 rue Lucien Faure – 33300 Bordeaux, N° ORIAS 07 028 160, N° ADEME FR200182_01XHWE, ci-après dénommé « le Souscripteur » ou « FLOA », 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, N° ADEME : FR200182_01XHWE, pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et CARDIF-Assurances Risques Divers S. A. au capital de 24 602 240,00 euros - 308 896 547 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris, N° ADEME : FR200182_01XHWE pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail, Maladies Redoutées et Perte d'Emploi, ci-après dénommées « l'Assureur » ou « CARDIF » – Entreprises régies par le Code des assurances.

LEXIQUE

Accident : événement soudain, involontaire et imprévu, comme par exemple un accident de la circulation ou domestique.

Important : les maladies, les interventions chirurgicales pour traiter une maladie, les tentatives de suicide, les accidents vasculaires (AVC, Accident Ischémique Transitoire), les infarctus, les hémorragies internes, ou tout autre problème de santé sans cause extérieure traumatique, ne sont pas considérés comme accident.

Adhèrent : toute personne physique, ayant contracté un crédit à la consommation renouvelable consenti par le Prêteur en France et ayant signé le Bulletin d'adhésion. Il est le payeur des cotisations.

Assuré : adhérent, obligatoirement une personne physique. Il peut s'agir également de son conjoint ou partenaire de PACS pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Maladies Redoutées et Incapacité Totale et Temporaire de travail lorsque la formule Confort ou Premium est choisie.

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

Conjoint : personne mariée à l'Adhèrent au moment du sinistre.

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 perte d'emploi au-delà duquel une indemnisation est possible.

Gestionnaire : Kereis France, S.A.S au capital de 2 000 000 €. RCS Nantes 863 800 868. Siège social : 3 rue Victor-Schoelcher, Bât. E et F, 44800 Saint-Herblain. Société de courtage d'assurances. Orias n°07 009 030.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : 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 de France Travail ou d'organisme assimilé au jour du sinistre.

Maladies Redoutées (MR) : les 4 types de maladies redoutées prises en charge sont les suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques. La garantie « Maladies Redoutées » se déclenche dès lors que la maladie garantie est diagnostiquée pour la première fois en cours d'adhésion. Un délai de carence de 30 jours s'appliquera pour le cancer et la sclérose en plaques. Les 4 types de maladies redoutées listées sont prises en charge, à l'exception des cas précisés dans les Exclusions de la présente Notice. La garantie peut être mise en œuvre, au maximum, une fois par Assuré et par type de maladies redoutées.

Partenaire de PACS : il s'agit du partenaire de PACS de l'Adhèrent auquel il est lié au moment du sinistre.

Perte d'Emploi (PE) : est considérée comme une Perte d'Emploi le licenciement de l'Assuré, ou la rupture conventionnelle (sous réserve d'un CDI pendant au moins 12 mois consécutifs dans les 24 derniers mois), ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part de France Travail ou organismes assimilés. En cas de multi-employeurs, la Perte d'Emploi s'entend du licenciement de l'Assuré de l'emploi salarié (ou des emplois salariés) qui lui procurai(en)t au moins 70% de sa rémunération mensuelle moyenne calculée sur les 12 derniers mois précédant la lettre de licenciement ou la convention de rupture et ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part de France Travail ou organisme assimilé.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : 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).

Prêteur/Souscripteur : FLOA qui a consenti le Financement à l'Adhèrent.

Sinistre : événement susceptible de déclencher les garanties du contrat : Décès, Perte Totale et Irréversible d'autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Perte d'Emploi et Maladies Redoutées.

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat a pour but de couvrir les crédits renouvelables. Il garantit l'Adhèrent contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, de Perte d'Emploi et de Maladies Redoutées ainsi que son conjoint ou son partenaire de PACS pour les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, et de Maladies Redoutées en fonction de la formule choisie.

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

- **Formule Essentielle (Senior)** : « Décès »
- **Formule Essentielle** : « Décès », « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » et « Maladies Redoutées ».
- **Formule Confort** : « Décès », « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* », « Maladies Redoutées* », « Incapacité Temporaire Totale de travail* », « Divorce** », « Hospitalisation** »
- **Formule Premium** : « Décès », « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* », « Maladies Redoutées* », « Incapacité Temporaire Totale de travail* », « Divorce** », « Hospitalisation** », « Perte d'Emploi ».

*Le conjoint ou le partenaire de PACS est également couvert pour les risques décrits à l'article 6 lorsque l'Adhèrent choisit la formule Confort ou Premium.

Les **garanties Divorce et Hospitalisation sont définies par la convention d'assurance collective n°4056.

Le changement de formule en cours d'adhésion n'est pas possible.

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 renouvelable avec un plafond de couverture de 6 000 euros.

Conditions d'admission complémentaires :

Pour le présent paragraphe, la formule choisie dépend de l'âge de l'Adhèrent à l'adhésion. L'âge d'adhésion est calculé selon la formule suivante : année d'adhésion – année de naissance.

	Formule Essentielle (Senior)	Formule Essentielle	Formule confort	Formule Premium
Age minimum d'adhésion	66 ans	18 ans	18 ans	18 ans

Age maximum d'adhésion (inclus)	79 ans	65 ans	65 ans	65 ans
Condition complémentaire			exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations de France Travail ou organismes assimilés.	exercer une activité professionnelle salariée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée.

Nous attirons l'attention de l'Adhérent 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 à la date de signature du Bulletin d'adhésion.

Toutefois, le contrat n'est pas conclu si l'Adhérent 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

Les garanties prennent effet à l'expiration d'un **délai de carence de 30 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, d'un accident vasculaire cérébral, les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Maladies Redoutées prennent effet à la date de conclusion du contrat.

En l'absence de déblocage des fonds, le contrat d'assurance n'a pas d'objet. En conséquence, les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.

• Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat de crédit,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance 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, (en cas de défaillance de l'emprunteur, le Prêteur peut exiger le remboursement immédiat du montant du solde du compte de crédit renouvelable, majoré des intérêts échus mais non payés),
- à la date d'expiration des engagements de l'Adhérent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- à la date de clôture du compte de crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,
- en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre,
- en cas de résiliation demandée par l'Adhérent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance demandée par l'Assureur, au moins deux mois avant la date d'échéance,
- en cas de résiliation de la convention d'assurance collective n°3002/4055 à l'initiative de l'Assureur ou du souscripteur, vous serez alors informé au moins 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée,
- à la date de la mise en jeu des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

De plus, les garanties cessent, au plus tard :

- pour la garantie Décès, dès la fin du mois du 81^{ème} anniversaire de l'Adhérent/Assuré.
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.
- pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Assuré (sauf pour raisons médicales),
 - le départ ou la mise en préretraite ou en retraite de l'Assuré (sauf pour raisons médicales),
 - la liquidation de toute pension de retraite (sauf pour raisons médicales).
- pour la garantie Perte d'Emploi, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - la fin d'éligibilité définitive de l'Adhérent au versement des allocations de chômage par France Travail,
 - la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Adhérent,
 - le départ ou mise en préretraite ou en retraite de l'Adhérent,
 - la liquidation de toute pension de retraite.
- pour la garantie Maladies Redoutées :
 - dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Adhérent/Assuré,
 - à la date de remboursement du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de la maladie redoutée.
- pour le test génomique détaillé dans l'article 4, dès la fin du mois du 81^{ème} anniversaire de l'Assuré.

• Modalités de résiliation demandée par l'Adhérent

La résiliation prend effet à la fin du mois au cours duquel la demande de résiliation a été réceptionnée. La résiliation se fait :

- par courrier adressé à FLOA Centre de Relation Clientèle, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- ou en ligne sur le site internet de FLOA <https://www.floabank.fr/>,
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

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. Les sommes échues au titre du crédit 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.

Afin d'accompagner au plus près ses Assurés touchés par certains cancers du sein***, Cardif a fait le choix de financer un test génomique innovant qui permet de détecter le risque de récurrence lors de la survenance de cette pathologie. Ce test prescrit par un oncologue peut être partiellement pris en charge par certains organismes. Afin de permettre à tous les Assurés qui sont éligibles d'en bénéficier, Cardif remboursera l'Assuré en complément d'une

éventuelle prise en charge, dans la limite de 3 000 €. La prescription médicale doit être effectuée durant la période de paiement des cotisations d'assurance.

***hormono-dépendant (RH+ et HER2-) de grade intermédiaire, avec une taille comprise entre 1 et 5 cm et sans envahissement ganglionnaire

Articles 5 - Les garanties de l'Adhérent

Article 5-1 - Garantie « Décès »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable à la date du décès.

Article 5-2 - Garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, diminué des éventuelles prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Article 5-3 - Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail »

L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit de l'Adhérent venant à échéance à la date de survenance de l'Arrêt de Travail. Une franchise relative de 15 jours est appliquée : la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour du sinistre si l'arrêt de travail est supérieur à 15 jours consécutifs.

Aucune prise en charge n'est effectuée si l'arrêt de travail est inférieur ou égal à 15 jours consécutifs.

Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur au 1^{er} jour d'arrêt de travail et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Le montant du règlement total ne pourra excéder le montant du solde débiteur de votre compte au 1^{er} jour d'arrêt de travail et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Au-delà de 12 mois de prise en charge sur un même sinistre, l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde débiteur du compte du crédit constaté au moment du sinistre, après déduction des prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

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

- exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations de France Travail ou organisme assimilé au 1^{er} jour d'arrêt de travail ;
- être en interruption totale et continue de travail constatée médicalement depuis au moins 15 jours consécutifs (franchise) par suite de maladie ou d'accident survenu(e) après la date de prise d'effet de la garantie.

En cas de rechute pour les mêmes causes de maladie ou d'accident, survenant après une reprise d'activité professionnelle :

- si l'Assuré a repris le travail pendant plus de 15 jours sans consultation médicale, sans traitement et sans hospitalisation pour ces mêmes causes, la rechute est considérée comme un nouveau sinistre indépendant du premier,
- dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite du précédent arrêt de travail : prise en charge dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt, règlement à concurrence du solde débiteur au 1^{er} jour du 1^{er} arrêt de travail, diminué des sommes déjà réglées.

La prise en charge ne pourra excéder 18 remboursements mensuels en un ou plusieurs sinistres, les droits étant reconstitués 2 ans après la dernière mensualité prise en charge.

Article 5-4 - Garantie « Perte d'Emploi »

L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit venant à échéance à la date de survenance de la perte d'emploi. Une franchise relative de 15 jours est appliquée : la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour de perception des allocations chômage si la perte d'emploi est supérieure à 15 jours consécutifs. Aucune prise en charge n'est effectuée si la perte d'emploi est inférieure ou égale à 15 jours consécutifs.

Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur à la date de notification du licenciement ou de la rupture conventionnelle et n'inclut pas les utilisations postérieures. Le montant du règlement total ne pourra excéder le montant du solde débiteur de votre compte à la date de notification du licenciement ou de la rupture conventionnelle et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Au-delà de 12 mois de prise en charge sur un même sinistre, l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde débiteur du compte du crédit constaté au moment du sinistre, après déduction des prises en charge faites au titre de la garantie Perte d'Emploi.

Pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi :

- le licenciement ou la rupture conventionnelle doit avoir été notifié à l'Assuré plus de 30 jours (délai de carence) après la date de conclusion du contrat
- l'Assuré doit percevoir une indemnisation de la part de France Travail ou organismes assimilés.
- être en interruption totale et continue de travail suite à cette Perte d'Emploi depuis au moins 15 jours consécutifs (franchise).

La prise en charge au titre de la garantie est interrompue en cas de suspension du versement des indemnités de France Travail. Elle reprendra à compter du 1^{er} jour de reprise du versement des indemnités de France Travail si l'interruption est inférieure à 120 jours.

Si l'interruption est supérieure à 120 jours, la prise en charge au titre de la garantie reprendra si la perte d'emploi dure plus de 15 jours consécutifs (franchise relative) à compter de la date de reprise du versement des indemnités de France Travail.

L'indemnisation au titre de la garantie cesse si une prise en charge est acceptée par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

La prise en charge ne pourra excéder 18 remboursements mensuels en un ou plusieurs sinistres, les droits étant reconstitués 2 ans après la dernière mensualité prise en charge

Article 5-5 - Garantie « Maladies Redoutées »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de la maladie redoutée (accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques).

La garantie « Maladies redoutées » peut être mise en œuvre au maximum, une fois par Assuré et par type de maladies redoutées.

Article 6 - Les garanties du Conjoint/Partenaire de PACS

Le conjoint/Partenaire de PACS est également couvert pour les risques ci-dessous lorsque l'Adhérent choisit la formule Confort ou Premium.

Les garanties ci-dessous cessent dans les conditions listées à l'article 3 appliquées au conjoint ou partenaire de PACS.

Article 6-1 - Garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du conjoint/partenaire de PACS, diminué des éventuelles prises en charge faites au titre de la garantie ITT.

Article 6-2 - Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail »

L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit de l'Adhérent venant à échéance à la date de survenance de l'Arrêt de Travail du conjoint/partenaire de PACS, après application d'une franchise relative de 15 jours : la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour du sinistre si l'arrêt de travail est supérieur à 15 jours consécutifs.

Le montant du remboursement pris en compte est égal au remboursement mensuel en vigueur au 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Le montant du règlement total ne pourra excéder le montant du solde débiteur de votre compte au 1^{er} jour d'arrêt de travail et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Au-delà de 12 mois de prise en charge sur un même sinistre, l'Assureur règle au Prêteur le montant du solde débiteur du compte du crédit constaté au moment du sinistre, après déduction des prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Pour bénéficier de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, le conjoint/partenaire de PACS, doit :

- exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations de France Travail ou organisme assimilé au 1^{er} jour d'arrêt de travail ;
- être en interruption totale et continue de travail constatée médicalement depuis au moins 15 jours consécutifs (franchise) par suite de maladie ou d'accident survenu(e) après la date de prise d'effet de la garantie.

En cas de rechute pour les mêmes causes de maladie ou d'accident, survenant après une reprise d'activité professionnelle :

- si le conjoint/partenaire de PACS, a repris le travail pendant plus de 15 jours sans consultation médicale, sans traitement et sans hospitalisation pour ces mêmes causes, la rechute est considérée comme un nouveau sinistre indépendant du premier,
- dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite du précédent arrêt de travail : prise en charge dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt, règlement à concurrence du solde débiteur au 1^{er} jour du 1^{er} arrêt de travail, diminué des sommes déjà réglées.

La prise en charge ne pourra excéder 18 remboursements mensuels en un ou plusieurs sinistres, les droits étant reconstitués 2 ans après la dernière mensualité prise en charge.

Article 6-3 - Garantie « Maladies Redoutées »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de constatation médicale de la maladie redoutée du conjoint/partenaire de PACS (accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques).

La garantie « Maladies Redoutées » ne peut être déclenchée qu'une seule fois par Assuré.

Le remboursement du test génomique est également applicable au conjoint ou partenaire de PACS de l'Adhérent.

Article 7 - Limitation des garanties :

L'indemnisation totale (hors test génomique) ne peut excéder **6 000 euros par sinistre**.

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'Emploi, l'Assureur ne prend en charge qu'un sinistre sur une période donnée, correspondant au sinistre survenu en premier.

Article 8 - Exclusions :

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

Pour toutes les garanties :

- les faits intentionnels de l'Assuré ;
- les suicides intervenus au cours de la première année d'assurance ;
- les sinistres résultant de l'usage de stupéfiants ou de médicaments à dose non ordonnée médicalement ou de l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcool défini dans le Code de la route français 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 », ne sont pas couverts :

- la période de congé légal de paternité ;
- la période de congé légal de maternité. Les arrêts de travail liés à la grossesse pathologique et ses conséquences en dehors de la période du congé légal sont couverts ;
- les addictions (alcool, drogues, médicaments, jeu ou toute autre addiction), les troubles psychosomatiques, l'encéphalomyélite myalgique, de la fibromyalgie (douleur chronique étendue), leurs suites et/ou conséquences, y compris les complications de leur traitement.

Pour la garantie « Perte d'Emploi » :

- les licenciements et les ruptures conventionnelles notifiés avant la date de prise d'effet de la garantie Perte d'Emploi ;
- les licenciements et les ruptures conventionnelles entre conjoints, ascendants ou descendants ;
- les licenciements pour faute grave ou lourde ;
- les périodes de formation professionnelle si l'Adhérent perçoit des allocations de formation ;
- les ruptures avant terme ou des arrivées à terme des contrats de travail à durée déterminée ou conclus pour la durée d'un chantier dont la durée cumulée est inférieure à 2 ans et survenues après les 2 premières années d'assurance pour le présent Financement ;
- les ruptures conventionnelles au sens des articles L. 1237-11 et suivants du Code du travail, s'il n'y a pas eu au préalable un CDI pendant au moins 12 mois consécutifs dans les 24 derniers mois précédant le sinistre ;
- les démissions y compris celles donnant droit à une prise en charge par France Travail ou par un régime privé d'assurance chômage réservé aux dirigeants d'entreprise ;
- les ruptures de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai pour les périodes d'essai en cours au moment de l'adhésion ;
- le chômage partiel ;
- les ruptures de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai à l'initiative de l'Assuré ;
- les ruptures de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur.

Pour la garantie « Maladies Redoutées » :

Sont exclues les maladies redoutées résultant de pathologies préexistantes à l'entrée en vigueur de l'adhésion au Contrat ou pour lesquelles l'Assuré est en attente de résultats d'examens ou d'analyses médicales au moment de la souscription.

Sont exclus pour les Cancers, les stades pré cancéreux, les cancers localisés, les cancers de faible stade de développement de la prostate, de la thyroïde et de la peau et plus précisément :

- les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers non invasifs, les cancers in situ ou carcinomes in situ ;
- les cancers de la prostate à un stade inférieur au Stade Pronostique II de l'AJCC 8ème Edition ;
- les cancers de la thyroïde à un stade inférieur au Stade Pronostique II de l'AJCC 8ème Edition ;
- les carcinomes baso-cellulaires ou squamo-cellulaires de la peau et le dermato-fibrome de Darier-Ferrand ;
- le diagnostic établi sur biopsie seule ou sur simple mise en évidence de la cellule tumorale circulante et/ou de molécules ou de marqueurs associés à une tumeur dans le sang, la salive, les fèces, l'urine ou tout autre fluide corporel en l'absence d'autres preuves définitives et cliniquement vérifiables.

Sont exclus, pour l'Infarctus du myocarde aigu, les souffrances du muscle cardiaque transitoires ou sans signes d'infarctus aigu et plus précisément :

- les autres syndromes coronariens aigus, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable ou syndrome de menace ;
- l'augmentation des biomarqueurs cardiaques associée à un geste interventionnel cardiaque par voie percutanée pour la maladie coronarienne.

Sont exclus pour l'Accident Vasculaire Cérébral, les accidents vasculaires cérébraux sans séquelles durables ou secondaires à des lésions cérébrales préexistantes à l'adhésion plus précisément :

- les accidents ischémiques transitoires (AIT) ;
- les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique sans séquelles durables ;
- les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante à la date d'effet du contrat ;
- les ruptures d'anévrisme cérébral sans séquelles durables ;
- toute anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée par un scanner/IRM sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques ;
- le diagnostic d'accident vasculaire cérébral suspecté mais non confirmé.

Sont exclus pour la Sclérose en plaques, les suspicions de sclérose en plaques dont le diagnostic n'est pas confirmé :

- le diagnostic de sclérose en plaques suspecté mais non confirmé ;
- les syndromes neurologiques isolés suggestifs de sclérose en plaques mais dont le diagnostic étiologique est non confirmé.

Article 9 – Conditions de prise en charge :

Pour la demande de prise en charge, il convient de transmettre la déclaration au Gestionnaire : via l'espace Assuré <https://www.kereis.cardif.fr> ou par téléphone : 0 974 500 519 [du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, appel non surtaxé] ou par courrier à : KEREIS CS 20008 44967 NANTES CEDEX 9.

Le Gestionnaire indiquera la liste des pièces justificatives à fournir, et notamment :

En cas de décès :

- l'acte de décès,
- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le Décès ou le certificat médical établi par votre médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès et précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu du décès,
- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par l'ayant-droit de l'Assuré.

En cas de « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » :

- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté la PTIA,
- la notification de mise en invalidité 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé ou, pour les non-assujettis, un certificat médical attestant de l'invalidité,
- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par l'Assuré.

L'appréciation par l'Assureur de la notion de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est sans lien avec les décisions de la Sécurité Sociale et organismes assimilés.

Pour « l'Incapacité Temporaire Totale de travail » :

- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté l'ITT,
- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par l'Assuré,
- les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou organisme assimilé, pour les assujettis à la Sécurité Sociale et, pour les non-assujettis un certificat médical du médecin traitant précisant la période prévue d'arrêt de travail, depuis la survenance du sinistre,
- pour les travailleurs non-salariés, tout document daté de moins de 3 mois justifiant de l'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre.

Pour la « Perte d'emploi » :

- la lettre de licenciement remise par l'employeur ou tout document justifiant de la rupture conventionnelle (intervenue après un CDI de 12 mois),
- la notification de prise en charge par France Travail,
- les décomptes de prestations versées par France Travail,
- l'attestation employeur destinée à France Travail,
- uniquement pour la rupture conventionnelle : justificatif de 12 mois d'un CDI sur les 24 derniers mois : relevé employeur(s) ou bulletins de salaire ou contrat(s) et certificat(s) de travail.

En cas de « Maladies Redoutées » :

- le certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le sinistre et précisant les causes du sinistre et si cette cause est étrangère ou pas aux exclusions du contrat,
- le questionnaire médical fourni par l'Assureur à compléter par l'Assuré.

Pour la prise en charge du test génomique :

- la facture du test indiquant le reste à charge,
- la prescription du test,
- le justificatif de prise en charge partielle d'un organisme complémentaire,
- le questionnaire médical 'Test génomique tumoral – cancer du sein' dûment complété.

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.

Les sommes dues par l'Assureur au titre des prises en charge sont réglées directement au Prêteur, sauf pour le remboursement du test génomique.

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 État membre de l'Union européenne, partie à l'Espace Économique 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.

L'assureur 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.

Article 10 - Coût de l'assurance :

Le coût de l'assurance est précisé sur le bulletin d'adhésion. Les primes sont perçues par le Prêteur pour le compte de l'Assureur en même temps que les mensualités du crédit. Le Prêteur règle mensuellement les primes à l'Assureur à terme échu. L'Assureur pourra modifier le taux de prime à condition de prévenir l'Adhérent 3 mois avant son entrée en vigueur par l'intermédiaire de FLOA. 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 État 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.

À 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 envoi, 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 11 - Faculté de renonciation :

En cas de contrat à distance, l'Adhérent bénéficie de la faculté de renonciation dont le délai de renonciation court à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Il peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion. L'Adhérent doit pour cela adresser à FLOA une demande écrite à l'adresse mail suivante : retractation@floa.com ou à l'adresse suivante : FLOA - Centre de Relation Clientèle - TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9 - Service Client, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature".

Le prêteur rembourse pour le compte de l'Assureur, 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 demande, le contrat et les garanties prennent fin.

Article 12 - Demandes d'information et réclamations :

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

- à l'adresse suivante : FLOA Centre de Relation Clientèle, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- ou par téléphone au : 09 69 39 11 86 (du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi 9h à 18h, appel non surtaxé).

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 vos données personnelles et coordonnées, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur et son gestionnaire

- par courrier à l'adresse suivante : FLOA Service Réclamation, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- par téléphone : 09 69 32 82 68 (du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi 9h à 18h, appel non surtaxé).

Pour toute réclamation liée au traitement du sinistre, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur et son gestionnaire :

- par courrier à l'adresse suivante : Kereis Service Réclamations, CS 20008, 44967 NANTES CEDEX 9,
- par téléphone : 09 72 67 00 50 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, appel non surtaxé),
- par mail : reclamations@kereisfrance.com.

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 13 - 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 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 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 outre, 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 annulé 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 14 - 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'Assuré 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'Assuré 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'Adhèrent ou pour prendre des mesures, à sa demande, avant de conclure un contrat

L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Assuré 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'Adhèrent des informations concernant les contrats de l'Assureur ;
- Accompagner l'Adhèrent/Assuré et répondre à ses demandes ;
- Evaluer si l'Assureur peut proposer à l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent ;
- 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent avec une autre entité de BNP Paribas en particulier si l'Adhèrent est ou va devenir un client de cette autre entité ; et
 - L'association des données relatives aux contrats que l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent dispose des droits suivants :

- Droit d'accès : l'Adhèrent 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 inexactes ou incomplètes, l'Adhèrent peut demander à que ses données à caractère personnel soient modifiées en conséquence.
 - Droit à l'effacement : l'Adhèrent peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite de ce que permet la loi.
 - Droit à la limitation : l'Adhèrent peut demander la limitation des traitements sur ses données à caractère personnel.
 - Droit d'opposition : l'Adhèrent peut formuler une opposition au traitement de ses données à caractère personnel, pour des raisons tenant à sa situation particulière. L'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment. Pour exercer l'un des droits listés ci-dessus, l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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 l'Adhèrent, 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'Adhèrent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données concernant son état de santé. L'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent afin de permettre une évaluation plus précise du risque tenant compte de son état de santé (en ce compris les maladies affectant l'Adhèrent ou les accidents qu'il a subis).

En fonction des réponses de l'Adhèrent, 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'Adhèrent 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 15 - Contrat sous forme électronique :

Le présent contrat est sous forme électronique en cas d'adhésion dématérialisée.

Preuve du Contrat : La preuve de ce contrat peut être établie conformément aux articles 1366 et 1368 du Code civil. L'Adhérent reconnaît et accepte que les enregistrements informatiques réalisés par le Souscripteur ont force probante entre les parties.

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

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 Souscripteur 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 Souscripteur 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 Souscripteur 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 des 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 16 - Convention de preuve :

Vous êtes responsable de la conservation et de l'utilisation de vos Codes de reconnaissance qui vous ont été attribués pour votre espace client sur le site <https://www.floabank.fr>. Ces Codes de reconnaissance sont strictement personnels et confidentiels. Vous vous engagez à les tenir secret et à prendre toutes les mesures propres à en assurer la confidentialité. Vous ne devez en aucun cas les communiquer à un tiers, y compris à un proche, que ce soit par oral, par écrit, par mail ou en remplissant un formulaire. La saisie de vos Codes de reconnaissance vaut identification. Vous acceptez que toute opération réalisée en utilisant vos Codes de reconnaissance sera réputée avoir été réalisée par Vous, et que vous ne pourrez en aucun cas prétendre que vous n'en êtes pas l'auteur.

La signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions est un procédé technologique d'identification qui crée un lien indissociable entre le document signé et la signature.

Vous reconnaissez expressément la fiabilité du procédé de signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions et vous acceptez que la signature du contrat au moyen de cette signature électronique manifeste votre consentement aux droits et obligations qui en découlent, au même titre qu'une signature manuscrite.

L'ensemble des documents contractuels vous sont remis par courriel sur l'adresse électronique que vous avez communiquée au préalable. Vous reconnaissez expressément que le courriel revêt la qualité de support durable au sens de la réglementation.

Les documents signés électroniquement sont transmis à un tiers archiver pour leur conservation dans un « coffre-fort électronique ». Le tiers archiver garantit l'intégrité des documents lors de leur conservation. CARDIF apporte la preuve des opérations effectuées sur l'outil d'enregistrement des souscriptions par l'intermédiaire des documents signés conservés par le tiers archiver.

Article 17 - 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.

L'Adhérent 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 18 - 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 19 - 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 20 - 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.

Assurance perte pécuniaire

Document d'Information sur le produit d'assurance

Compagnie : Cardif-Assurances Risques Divers

Entreprises d'assurance immatriculées en France et régies par le Code des assurances

N° d'agrément : 402 02 86

Produit : Assurance perte pécuniaire

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'Assuré. L'information complète sur ce produit se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ? Ce produit d'assurance garantit la perte pécuniaire de l'Assuré liée à un divorce ou une hospitalisation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garanties systématiquement prévues :

- ✓ En cas de divorce, l'Assureur règle au Prêteur au maximum 3 mensualités de crédit venant à échéance à la date de dépôt du dossier de divorce.
- ✓ En cas d'hospitalisation, l'Assureur règle au Prêteur au maximum 3 mensualités de crédit venant à échéance à la date de survenance de l'hospitalisation, après application de la franchise absolue de 1 jour.

Pour la garantie Divorce : le droit à prestation est apprécié au moment du sinistre.

Plafonds :

Le règlement se fera en une fois dans la limite du montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ L'immobilisation
- ✗ La rupture de PACS



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions des garanties sont liées aux causes et conséquences suivantes :

- ! les faits intentionnels de l'Assuré, dont le suicide intervenu au cours de la première année d'assurance ;
- ! l'usage de stupéfiants ou de médicaments à doses non prescrites de l'Assuré, conducteur du 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 ou la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, d'armes à feu ;
- ! l'état d'ivresse de l'Assuré, conducteur du véhicule accidenté.

Les exclusions pour la garantie Hospitalisation :

- ! les séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil, de convalescence ou de rééducation ;
- ! les traitements esthétiques et/ou les interventions chirurgicales esthétiques ;
- ! la pratique de tout sport à titre professionnel, la pratique de sports sous-marins, la pratique de tout sport aérien et/ou avec l'utilisation de tous engins aériens, ainsi que les compétitions de véhicules à moteur ;
- ! l'Hospitalisation liée à la maternité sauf l'Hospitalisation liée à la grossesse pathologique et ses conséquences ;
- ! l'Hospitalisation liée à la procréation médicalement assistée ;
- ! l'Hospitalisation à temps partiel ;
- ! l'Hospitalisation ambulatoire ;
- ! l'Hospitalisation à domicile ;
- ! tous les frais médicaux liés à l'Hospitalisation.

Les exclusions pour la garantie Divorce :

- ! les divorces initiés avant la date d'effet du contrat ou survenus pendant le délai de carence ;
- ! les annulations de mariage ;
- ! les dissolutions de PACS ;
- ! les demandes de révision du 1er jugement de divorce.

Principales restrictions :

Une franchise absolue de 24h s'applique pour la garantie hospitalisation.

Pour la garantie Hospitalisation, un délai de carence de 90 jours s'applique.

Pour la garantie Divorce, un délai de carence de 30 jours s'applique.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'appliquent dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion sous peine de nullité du contrat.

En cours de contrat

- Payer la cotisation.

En cas de sinistre

- Déclarer le sinistre et envoyer les justificatifs exigés dans les conditions et délais impartis.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable par l'Adhérent en même temps que les échéances de crédit et selon les mêmes modalités.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La garantie Divorce prend effet à l'expiration d'un délai de carence de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat.

La garantie Hospitalisation est soumise à un délai de carence de 90 jours consécutifs qui se calcule à compter de la date de conclusion du contrat.

En l'absence de déblocage des fonds, le contrat d'assurance n'a pas d'objet. En conséquence, les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Les garanties prennent fin notamment :

- 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, (en cas de défaillance de l'emprunteur, le prêteur peut exiger le remboursement immédiat du solde du compte de crédit renouvelable, majoré des intérêts échus mais non payés),
- à la date d'expiration des engagements de l'Adhérent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- à la date de clôture du compte de crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,
- en cas de résiliation demandée par l'Adhérent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance,
- en cas de résiliation du contrat Assurance Emprunteur Crédit Renouvelable (convention 3002/4055).



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat peut être résiliée à tout moment à compter de la date de conclusion du contrat par lettre ou courrier électronique adressé à FLOA, en ligne ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

NOTICE SUR L'ASSURANCE DIVORCE ET HOSPITALISATION

Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective 4056 réservée aux titulaires d'un crédit renouvelable consenti par FLOA - S.A au capital de 72 297 200 euros – 434 130 423 R.C.S. Bordeaux – Siège social : Immeuble g7, 71 rue Lucien Faure – 33300 Bordeaux, N° ORIAS 07 028 160, N° ADEME FR200182_01XHWE, ci-après dénommé « le Souscripteur » ou « FLOA », et souscrite par ce dernier auprès de- 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, N° ADEME : FR200182_01XHWE ci-après dénommé « l'Assureur » ou « CARDIF » – Entreprise régie par le Code des assurances.

LEXIQUE

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

Assuré : emprunteur, obligatoirement une personne physique.

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

Conjoint : personne mariée à l'Adhérent au moment du sinistre

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'hospitalisation au-delà duquel une indemnisation est possible.

Garantie Divorce : elle se déclenche dès lors que le dossier de demande de divorce a été déposé auprès du tribunal ou du notaire. Ne s'applique pas aux personnes pacées.

Garantie Hospitalisation : elle se déclenche en cas d'hospitalisation de 24 heures au moins.

Gestionnaire : Kereis France, S.A.S au capital de 2 000 000 €. RCS Nantes 863 800 868. Siège social : 3 rue Victor-Schoelcher, Bât. E et F, 44800 Saint-Herblain. Société de courtage d'assurances. Orias n°07 009 030.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement et donnant lieu au paiement du forfait journalier hospitalier. Le forfait journalier hospitalier est dû pour tout séjour supérieur à 24h, y compris le jour de sortie.

Prêteur/Souscripteur : FLOA qui a consenti le Financement à l'Adhérent.

Sinistre : événement susceptible de déclencher les garanties du contrat : Divorce et Hospitalisation.

Article 1 - Objet du contrat :

Le présent contrat a pour but de couvrir les crédits renouvelables. Il garantit l'Adhérent contre les risques de Divorce et Hospitalisation si l'une des 2 formules suivantes est choisie par l'Adhérent, en fonction de sa situation professionnelle :

- **Formule Confort** : « Décès* », « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* », « Incapacité Temporaire Totale de travail* » « Maladies redoutées* », « Divorce » et « Hospitalisation »

- **Formule Premium** : « Décès* », « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* », « Incapacité Temporaire Totale de travail* », « Perte d'Emploi* », « Maladies Redoutées* », « Divorce » et « Hospitalisation ».

***Les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'Emploi sont définies par la convention d'assurance collective n°3002/4055.**

Le changement de formule en cours d'adhésion n'est pas possible.

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 et moins de 66 ans lors de la conclusion du contrat ;

- ayant contracté un crédit renouvelable avec un plafond de couverture de 6.000 euros ;

- exerçant une activité professionnelle ou percevant des allocations de France Travail ou organismes assimilés.

L'âge d'adhésion est calculé selon la formule suivante : année d'adhésion – année de naissance.

Nous attirons l'attention de l'Adhérent 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 à la date de signature du bulletin d'adhésion.

Toutefois, le contrat n'est pas conclu si l'Adhérent 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 :

La garantie Divorce prend effet à l'expiration d'un **délai de carence de 30 jours** à compter de la date de conclusion du contrat.

La garantie Hospitalisation est soumise à un **délai de carence de 90 jours** consécutifs qui se calcule à compter de la date de conclusion du contrat.

En l'absence de déblocage des fonds, le contrat d'assurance n'a pas d'objet. En conséquence, les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.

• Cessation des garanties :

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat de crédit renouvelable,
- 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, (en cas de défaillance de l'emprunteur, le prêteur peut exiger le remboursement immédiat du capital restant dû, majoré des intérêts échus mais non payés),
- à la date d'expiration des engagements de l'Adhérent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- à la date de clôture du compte du crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,

- en cas de résiliation demandée par l'Adhérent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance,
- en cas de résiliation du contrat Assurance Emprunteur Crédit Renouvelable (convention 3002/4055),
- en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance demandée par l'Assureur, au moins deux mois avant la date d'échéance,
- en cas de résiliation de la convention d'assurance collective n°4056 à l'initiative de l'assureur ou du souscripteur, vous serez alors informé au moins 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée.

De plus, les garanties cessent, au plus tard :

- pour la garantie Divorce, dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Adhérent.
- pour la garantie Hospitalisation, dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Adhérent.

• Modalités de résiliation demandée par l'Adhérent :

La résiliation prend effet à la fin du mois au cours duquel la demande de résiliation a été réceptionnée.

La résiliation se fait :

- par courrier adressé à FLOA Centre de Relation Clientèle, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- ou en ligne sur le site internet de FLOA : <https://www.floabank.fr/>,
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

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. Les sommes échues au titre du crédit 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 « Hospitalisation » :

Une franchise de 24 heures s'applique sur cette garantie.

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à 24 heures, l'Assureur règle au Prêteur 3 mensualités de crédit venant à échéance à la date de survenance de l'hospitalisation.

Le règlement se fera en une fois dans la limite du montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date de l'hospitalisation.

Article 6 - Garantie « Divorce » :

En cas de divorce, l'Assureur règle au Prêteur au maximum 3 mensualités de crédit venant à échéance à la date de survenance du dépôt de la demande de divorce. Le règlement se fera en une fois dans la limite du montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date du dépôt de la demande de divorce. La garantie Divorce ne peut être déclenchée qu'une seule fois par Assuré.

Cette garantie ne s'applique pas aux partenaires de PACS.

Article 7 – Exclusions :

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

- l'Hospitalisation dont la date de survenance est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ;
- 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 ou de l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcool défini dans le Code de la route français 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 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 ;
- les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grève, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. La garantie reste cependant acquise :
 - o En cas de légitime défense ;
 - o En cas d'assistance à personne en danger ;
 - o Si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ;
 - o En cas d'accomplissement du devoir professionnel.
- les séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil, de convalescence ou de rééducation ;
- les traitements esthétiques et/ou les interventions chirurgicales esthétiques ;
- la pratique de tout sport à titre professionnel, la pratique de sports sous-marins, la pratique de tout sport aérien et/ou avec l'utilisation de tous engins aériens, ainsi que les compétitions de véhicules à moteur ;
- l'Hospitalisation liée à la maternité sauf l'Hospitalisation liée à la grossesse pathologique et ses conséquences ;
- l'Hospitalisation liée à la procréation médicalement assistée ;
- l'Hospitalisation à temps partiel ;
- l'Hospitalisation ambulatoire ;
- l'Hospitalisation à domicile ;
- tous les frais médicaux liés à l'Hospitalisation.

Pour la garantie Divorce, ne sont pas couverts :

- les divorces initiés avant la date d'effet du contrat ou survenus pendant le délai de carence ;
- les annulations de mariage ;
- les dissolutions de PACS ;
- les demandes de révision du 1^{er} jugement de divorce.

Article 8 – Conditions de prise en charge :

Pour la demande de prise en charge, il convient de transmettre la déclaration au Gestionnaire : via l'espace Assuré <https://www.kereis.cardif.fr> ou par téléphone : 0 974 500 519 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, appel non surtaxé) ou par courrier à : KEREIS CS 20008 44967 NANTES CEDEX 9. Le Gestionnaire indiquera la liste des pièces justificatives à fournir, et notamment :

Pour la Garantie Divorce :

- le justificatif de dépôt du dossier au tribunal,
- ou le justificatif de dépôt du dossier chez le notaire.

Pour la Garantie Hospitalisation :

- un certificat médical ou, à défaut, tout justificatif médical mentionnant le motif de l'Hospitalisation,
- le premier bulletin d'Hospitalisation et le bon de sortie.

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.

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 État membre de l'Union européenne, partie à l'Espace Économique 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.

L'assureur 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.

Article 9 - Coût de l'assurance :

Le coût de l'assurance est précisé sur le bulletin d'adhésion. Les primes sont perçues par le Prêteur pour le compte de l'Assureur en même temps que les mensualités du crédit. Le Prêteur règle mensuellement les primes à l'Assureur à terme échu. L'Assureur pourra modifier le taux de prime à condition de prévenir l'Adhérent 3 mois avant son entrée en vigueur par l'intermédiaire de FLOA. 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 État 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.

À 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 envoi, 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 10 - Faculté de renonciation :

En cas de contrat à distance, l'Adhérent bénéficie de la faculté de renonciation dont le délai de renonciation court à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Il peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion. L'Adhérent doit pour cela adresser à FLOA une demande écrite à l'adresse mail suivante : retractation@floa.com ou à l'adresse suivante : FLOA - Centre de Relation Clientèle - TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9 - Service Client, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature".

Le prêteur rembourse pour le compte de l'Assureur, 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 demande, le contrat et les garanties prennent fin.

Article 11 - Demandes d'information et réclamations :

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

- à l'adresse suivante : FLOA Centre de Relation Clientèle, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- ou par téléphone au : 09 69 39 11 86 (du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi 9h à 18h, appel non surtaxé).

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'Assuré peut s'adresser à l'Assureur et son gestionnaire

- par courrier à l'adresse suivante : FLOA Service Réclamation, TSA 62 710, 92 894 Nanterre Cedex 9,
- par téléphone : 09 69 32 82 68 (du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi 9h à 18h, appel non surtaxé).

Pour toute réclamation liée au traitement du sinistre, l'Assuré peut s'adresser à l'Assureur et son gestionnaire

- par courrier à l'adresse suivante : Kereis , Service Réclamations, CS 20008, 44967 NANTES CEDEX 9,
- par téléphone : 09 72 67 00 50 (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, appel non surtaxé),
- par mail : reclamations@kereisfrance.com.

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 12 - 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 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 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 outre, 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 annulé 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 13 - 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent avec une autre entité de BNP Paribas en particulier si l'Adhèrent est ou va devenir un client de cette autre entité ; et
 - L'association des données relatives aux contrats que l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent dispose des droits suivants :

- Droit d'accès : l'Adhèrent 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 inexactes ou incomplètes, l'Adhèrent peut demander à que ses données à caractère personnel soient modifiées en conséquence.
- Droit à l'effacement : l'Adhèrent peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite de ce que permet la loi.
- Droit à la limitation : l'Adhèrent peut demander la limitation des traitements sur ses données à caractère personnel.
- Droit d'opposition : l'Adhèrent peut formuler une opposition au traitement de ses données à caractère personnel, pour des raisons tenant à sa situation particulière. L'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment. Pour exercer l'un des droits listés ci-dessus, l'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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 l'Adhèrent, 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'Adhèrent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données concernant son état de santé. L'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent afin de permettre une évaluation plus précise du risque tenant compte de son état de santé (en ce compris les maladies affectant l'Adhèrent ou les accidents qu'il a subis).

En fonction des réponses de l'Adhèrent, 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'Adhèrent 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 14 - Contrat sous forme électronique :

Le présent contrat est sous forme électronique en cas d'adhésion dématérialisée.

Preuve du Contrat : La preuve de ce contrat peut être établie conformément aux articles 1366 et 1368 du Code civil. L'Adhèrent reconnaît et accepte que les enregistrements informatiques réalisés par le Souscripteur ont force probante entre les parties.

L'Adhèrent convient que la signature électronique utilisée pour signer le contrat sera admise au même titre qu'une signature manuscrite sur support papier, avec la même force probante

Accès au Contrat par l'Adhèrent : L'original du contrat, entendu comme le document figé ayant reçu l'accord des parties, est conservé sous forme électronique par le Souscripteur 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 Souscripteur permet à l'Adhèrent 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'Adhèrent après la conclusion du contrat.

L'Adhèrent 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'Adhèrent, celui-ci manifeste son acceptation au Souscripteur en signant celui-ci électroniquement selon les modalités exposées ci-après.

Article 15 - Convention de preuve :

Vous êtes responsable de la conservation et de l'utilisation de vos Codes de reconnaissance qui vous ont été attribués pour votre espace client sur le site <https://www.floabank.fr>. Ces Codes de reconnaissance sont strictement personnels et confidentiels. Vous vous engagez à les tenir secret et à prendre toutes les mesures propres à en assurer la confidentialité. Vous ne devez en aucun cas les communiquer à un tiers, y compris à un proche, que ce soit par oral, par écrit, par mail ou en remplissant un formulaire. La saisie de vos Codes de reconnaissance vaut identification. Vous acceptez que toute opération réalisée en utilisant vos Codes de reconnaissance sera réputée avoir été réalisée par Vous, et que vous ne pourrez en aucun cas prétendre que vous n'en êtes pas l'auteur.

La signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions est un procédé technologique d'identification qui crée un lien indissociable entre le document signé et la signature.

Vous reconnaissez expressément la fiabilité du procédé de signature électronique proposée sur l'outil d'enregistrement des souscriptions et vous acceptez que la signature du contrat au moyen de cette signature électronique manifeste votre consentement aux droits et obligations qui en découlent, au même titre qu'une signature manuscrite.

L'ensemble des documents contractuels vous sont remis par courriel sur l'adresse électronique que vous avez communiquée au préalable. Vous reconnaissez expressément que le courriel revêt la qualité de support durable au sens de la réglementation.

Les documents signés électroniquement sont transmis à un tiers archiver pour leur conservation dans un « coffre-fort électronique ». Le tiers archiver garantit l'intégrité des documents lors de leur conservation. CARDIF apporte la preuve des opérations effectuées sur l'outil d'enregistrement des souscriptions par l'intermédiaire des documents signés conservés par le tiers archiver.

Article 16 - 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.

L'Adhérent 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 17 - 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 18 - 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 19 - 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.