

Notice

Convention d'assurance collective n° 2288 à adhésion facultative souscrite par l'Union Française d'Épargne et de Prévoyance (UFEP) auprès de CARDIF Assurance Vie.

Lexique

- **Accident** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. A titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.
- **Adhérent** : personne physique ou morale, membre de l'UFEP (l'adhésion à l'UFEP figure dans Demande d'adhésion à la Convention d'assurance Collective n° 2288), contractant des prêts et ayant signé la Demande d'adhésion à l'assurance. Il est le payeur des cotisations.
- **Assuré** : personne physique ayant signé la Demande d'adhésion, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme « Assuré » désigne chacun des Assurés.
- **Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)** : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.
- **Etat consolidé** : état médical non susceptible d'amélioration.
- **Franchise** : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail au-delà duquel une indemnisation est possible.
- **Fumeur** : personne physique consommant du tabac même à titre occasionnel, ou en ayant consommé au cours des 24 derniers mois.
- **Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)** : est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, et qui n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.
- **Invalidité Permanente Partielle (IPP)** : est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par l'Assureur, l'Assuré qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident et après consolidation de son état, présente un taux d'invalidité supérieur à 33 %, conformément au tableau figurant au paragraphe 6.5.
- **Invalidité Permanente Totale (IPT)** : est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par l'Assureur, l'Assuré reconnu, après consolidation de son état, inapte 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.
- **Invalidité Professionnelle (IP) réservée aux pharmaciens** : est considéré en état d'Invalidité Professionnelle par l'Assureur, l'Assuré pharmacien qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident est reconnu, après consolidation de son état, totalement inapte à son activité de pharmacien et qui, en application de l'article R. 4221-15 du Code de la Santé Publique, fait l'objet d'une suspension temporaire d'exercer par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens pour une durée supérieure à 12 mois consécutifs.
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur, l'Assuré reconnu inapte 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, en outre, 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 vêtir, se nourrir, se déplacer).
- **UFEP** : L'UFEP est une association qui souscrit des contrats collectifs d'assurance au profit de ses membres adhérents. Elle est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations et par des articles du Code des Assurances. Ses statuts sont disponibles sur le site Internet www.ufep.fr ou peuvent être adressés sur demande au siège de l'association, 10 rue Louis Blériot, 92500 Rueil-Malmaison. Elle a pour objet de souscrire des contrats collectifs d'assurance prévoyance et d'assurance vie ou épargne retraite. A ce titre elle représente les intérêts collectifs des adhérents dans les relations avec Cardif.
- **Vente à distance** : Système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'adhésion.

1 Objet de l'assurance

Alternative emprunteur est une convention d'assurance collective à adhésion facultative, régie par le Code des assurances, souscrite par l'UFEP (Association légalisée dans le lexique) auprès de CARDIF Assurance Vie (ci-après dénommée : l'Assureur) au profit des membres de l'UFEP. Le contrat Alternative emprunteur liant l'Adhérent et l'Assureur est constitué par la présente notice, par le certificat d'adhésion, ses annexes et les formalités d'adhésion.

Le certificat d'adhésion adressé par l'Assureur, définit les caractéristiques du contrat en fonction des choix exprimés par l'Adhérent sur sa Demande d'adhésion et ses formalités d'adhésion.

L'assurance a pour objet de garantir l'(les) Assuré(s), selon son (leur) âge, sa (leur) situation professionnelle et la formule de garanties choisie, contre tout ou partie des risques liés au Décès, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'Invalidité Permanente Totale, à l'Invalidité Permanente Partielle, à l'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou à l'Incapacité Temporaire Totale de travail, survenant avant le terme de son (leurs) engagement(s) au titre des financements listés ci-après.

La présente adhésion couvre les opérations de prêts amortissables à taux fixe et à taux variable, les prêts in fine à taux fixe et à taux variable et les prêts relais d'une durée maximum de 3 ans ci-après dénommés « prêt(s) ». Les prêts à échéances modulables sont couverts sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30 % et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications. La durée des prêts est au minimum d'un an, elle peut être en outre, diminuée ou rallongée de 5 ans sans toutefois excéder la durée maximum de 50 ans.

2 Conditions d'admission

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur au vu des formalités d'adhésion, de la demande de levée d'exclusions et d'éventuelles formalités complémentaires d'adhésion, est admissible au présent contrat et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- âgée à la date de signature de la Demande d'adhésion de :
 - plus de 18 ans ;
 - moins de 85 ans pour la garantie Décès ;
 - moins de 65 ans pour les garanties PTIA, IPT, IPP et ITT ;
 - moins de 55 ans pour la garantie IP,
- emprunteur principal, coemprunteur, dirigeant ou caution de personne morale.

Pour un même contrat de prêt, les garanties peuvent être réparties sur plusieurs Assurés, dans les proportions précisées sur la Demande d'adhésion. En aucun cas, la quotité assurée ne peut être supérieure à 100 % du financement par Assuré.

L'Adhérent et l'Assuré doivent en outre être résidents d'un Etat partie à l'Espace Economique Européen, de Nouvelle Calédonie, de Polynésie Française, de Wallis et Futuna ou de la Principauté de Monaco.

3 Nature des garanties

L'Assuré peut bénéficier, au choix, des formules de garanties suivantes :

Formule 1 : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Formule 2 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale de travail.

Formule 3 : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de travail.

Formule 4 : Cette formule est réservée aux pharmaciens. Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Invalidité Professionnelle.

Les Formules 2, 3 et 4 peuvent être choisies sous réserve que l'Assuré exerce une activité professionnelle rémunérée.

Ces choix sont indiqués lors de l'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'Assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ils pourront être modifiés pendant toute la durée du contrat.

4 Conclusion de l'adhésion et prise d'effet des garanties

L'adhésion est conclue :

- à la date de réception de la lettre de couverture transmise par l'Assureur, si l'adhésion est acceptée sans surprime ni exclusion ;
- ou à la date de signature de l'accord de l'Assuré sur la lettre de notification des surprimes et/ou des exclusions envoyée par l'Assureur.

Pour chacun des prêts, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, à la date d'acceptation de l'offre de prêt signée auprès de l'Organisme Prêteur, et, au plus tôt, à la date de conclusion de l'adhésion.

La lettre de couverture est considérée avoir été reçue 7 jours calendaires après son envoi par l'Assureur.

DISPOSITIONS EN CAS DE VENTE À DISTANCE : les garanties prennent effet, pour chacun des contrats de prêts, sous réserve de l'acceptation du risque et de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur, après expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à la date d'acceptation de l'offre de prêt si elle intervient avant l'expiration du délai de renonciation. La lettre de couverture est considérée avoir été reçue 7 jours calendaires après son envoi par l'Assureur.

Il est précisé qu'en cas d'adhésion en vue de garantir le remboursement d'un prêt professionnel, les dispositions en cas de vente à distance et de démarchage ne s'appliquent pas.

En cas de refus d'un ou plusieurs prêt(s) par l'Organisme Prêteur, les sommes afférentes à ce(s) prêt(s), éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées à l'exception des frais de dossier.

Le contrat est alors réputé ne jamais avoir pris effet pour ce(s) prêt(s). En cas d'acceptation avec exclusion de certains risques ou avec une majoration de la cotisation, l'Adhérent doit donner son accord par écrit sur les nouvelles conditions. En cas de refus ou de non réponse de l'Adhérent dans un délai de 3 mois, les sommes éventuellement perçues lors de l'adhésion sont intégralement remboursées à l'exception des frais de dossier, et le contrat est réputé n'avoir jamais pris effet.

L'Assureur adresse à l'Adhérent son certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet des garanties.

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de la date de déblocage des fonds.

A réception de l'information, l'Assureur modifiera la date de prise d'effet des garanties en conséquence et demandera si nécessaire le renouvellement des formalités d'adhésion.

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, l'Assuré est garanti contre le risque de Décès consécutif à un accident. Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 350 000 € et sous réserve des exclusions énoncées à l'Article 7 Exclusions.** La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la Demande d'adhésion. La garantie prend fin à la date de réception de la lettre de couverture ou de l'accord de l'Assuré sur la lettre de notification des surprimes et/ou exclusions et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie.

5 Durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement, et ce pendant toute la durée du(des) prêt(s) communiquée par l'Assuré lors de l'adhésion.

L'adhésion prend fin pour chaque Assuré dans les cas mentionnés ci-dessous :

- à la date d'expiration des engagements de l'Assuré, tels que définis dans l'acte de prêt et de ses avenants éventuels ;
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt ;
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation.
- en raison du non-paiement des cotisations ;
- à la date de départ de l'Assuré de l'entreprise adhérente ;
- à la date à laquelle le contrat de prêt a fait l'objet d'un remboursement anticipé total, quelle qu'en soit la cause ;
- en cas de résiliation par l'Assureur ou l'UFEP de la convention d'assurance collective n° 2288, à la date de renouvellement de l'adhésion suivant la date de résiliation. L'Adhérent sera informé 3 mois avant la date de résiliation par lettre recommandée ;
- en cas de résiliation par l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, le cachet de la poste faisant foi, adressée à :

CARDIF Assurance Vie

Service Relations Clientèle SH 944 - Gestion Prévoyance
4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex

Une copie de la lettre sera envoyée à chaque Organisme Prêteur.

en outre, pour la garantie Décès :

- à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le 90^e anniversaire de l'Assuré ;

en outre, pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit :

- la cessation d'activité professionnelle, le départ, la mise en préretraite ou retraite, sauf pour raisons médicales ;
- le 65^e anniversaire de l'Assuré. A compter de cette date, l'Assuré ne demeure couvert qu'au titre de la garantie Décès.

en outre, pour la garantie Invalidité Professionnelle des pharmaciens : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit :

- la cessation d'activité professionnelle, le départ ou la mise en préretraite ou retraite, sauf pour raisons médicales ;
- le 60^e anniversaire de l'Assuré.

6 Prestations

Aucune prise en charge ne peut intervenir si le déblocage des fonds ou la mise à disposition du bien n'a pas été effectué(e).

Le montant des prestations assurées est calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fourni(s) par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'annexe au certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants, multipliés par la quotité assurée sur la tête de la personne pour laquelle il y a mise en jeu de la garantie.

6.1. En cas de Décès

L'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

6.2. En cas d'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assureur prend en charge le capital restant dû à la date de constatation médicale par l'Assureur de l'état d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

Le paiement du capital en cas d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie entraîne l'extinction de toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

6.3. En cas d'Invalidité Permanente Totale

A l'adhésion, l'Adhérent peut choisir :

- soit une prise en charge des échéances de prêt(s) pendant la durée de l'invalidité ;
- soit une prise en charge sous forme de capital.

Pour les prêts amortissables :

- Si l'Adhérent a choisi le versement des prestations sous forme de capital, l'Assureur prend en charge le capital restant dû à la date de constatation médicale par l'Assureur de l'état d'Invalidité Permanente Totale **sauf si l'échéance globale mensuelle du(des) prêts assurés, pour l'ensemble des contrats Cardif Garantie Emprunteur au(x)quel(s) l'Adhérent a adhéré, est supérieure à 7 500 €**. Dans cette hypothèse, la prestation est calculée sur la base d'**échéances mensuelles d'un montant de 7 500 €**.

Il est précisé qu'en tout état de cause, le capital restant dû est calculé sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants.

- Si l'Adhérent a choisi une prise en charge des échéances de prêt(s) pendant la durée de l'invalidité, le montant des échéances de prêt(s) prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30^e, 1/90^e, 1/180^e, 1/360^e) des jours d'Invalidité Permanente Totale, selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle). Il est précisé que lorsque l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale par l'Assureur le montant des cotisations d'assurance est pris en charge par ce dernier.

Dans tous les cas, le montant des prestations est limité pour l'ensemble des prêts à **7 500 € par mois et par Assuré** sauf si l'Adhérent en fait la demande et sous réserve de l'accord de l'Assureur.

Pour les prêts in fine :

La prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Dans tous les cas :

Le paiement des prestations est soumis à l'exercice par l'Assuré d'une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'invalidité.

Le paiement du capital en cas d'Invalidité Permanente Totale entraîne l'extinction de toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée. Il est précisé que la limite de 7 500 € s'entend par mois et par Assuré.

Toute reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'Assuré sur un lieu de travail même pour exercer un rôle de surveillance ou de direction, entraîne la cessation des prestations.

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et pris en charge à ce titre.

6.4. En cas d'Invalidité Permanente Partielle

L'Assureur prend en charge pendant la durée de l'invalidité, le paiement partiel des échéances calculées sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants.

Le paiement des prestations est soumis à l'exercice par l'Assuré d'une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'invalidité.

L'Assureur prend en charge (N-33)/33 fois le montant de l'échéance de prêt prévue au titre de l'Invalidité Permanente Totale (N étant le taux d'invalidité reconnu) (dans la limite de 100 %).

Le taux «N» d'invalidité est révisable à la hausse selon l'aggravation de l'invalidité fonctionnelle de l'Assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence.

Le montant des échéances de prêt(s) prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30°, 1/90°, 1/180°, 1/360°) des jours d'invalidité selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

Ce montant est toutefois limité pour l'ensemble des prêts à 7 500 € par mois et par Assuré, pour un taux d'invalidité de 100 %, sauf pour les Demandes d'adhésion ayant fait l'objet d'un accord particulier par l'Assureur.

Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Toute reprise d'une activité professionnelle à temps plein entraîne la cessation des prestations.

La garantie cesse d'être due si l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Professionnelle ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et pris en charge à ce titre.

Il est précisé que lorsque l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle par l'Assureur, le montant des cotisations d'assurance est pris en charge par ce dernier.

6.5. Définition du taux contractuel d'invalidité pour la garantie Invalidité Permanente Partielle

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit aux prestations et leur montant est calculé en fonction du taux d'Incapacité Fonctionnelle et du taux d'Incapacité Professionnelle. Le taux d'Incapacité Fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du Concours Médical, en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité. Il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique consécutive à l'accident ou à la maladie. Le taux d'Incapacité Professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée, en tenant compte :

- de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident ;
- des conditions normales d'exercice de cette activité ;
- des possibilités d'exercice restantes ;
- des possibilités de reclassement correspondant au niveau de Formation et d'expérience professionnelle de l'Assuré. Ce taux est défini par le Médecin Conseil de l'Assureur. Le tableau figurant ci-après indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Taux d'Incapacité Professionnelle	Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	
10 %				29,24	33,02	35,69	40,00	43,27	46,42	
20 %			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30 %		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,52	83,20	90,00	96,55	
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00	

6.6. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'Adhérent peut choisir la durée de la franchise lors de l'adhésion : 30, 60 ou 90 jours. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'Assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ce choix pourra être modifié à la date de renouvellement de l'adhésion.

L'Assureur prend en charge le paiement des échéances calculées sur la base des caractéristiques du(des) prêt(s) fournies par l'Adhérent lors de l'adhésion et figurant sur l'échéancier annexé au certificat d'adhésion, ou sur ses éventuels avenants, à partir de la fin de la franchise choisie, et ce pendant la durée de l'incapacité.

Le paiement des prestations est soumis à l'exercice par l'Assuré d'une activité professionnelle rémunérée à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

Le montant des échéances de prêt(s) prises en charge par l'Assureur est calculé au prorata (1/30°, 1/90°, 1/180°, 1/360°) des jours d'arrêt de travail, selon la périodicité de remboursement des échéances du(des) prêt(s) (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Ce montant est toutefois limité pour l'ensemble des prêts à 7 500 € par mois et par Assuré, sauf si l'Adhérent en fait la demande et sous réserve de l'accord de l'Assureur.

Le paiement des prestations est fait dans la limite de la quotité assurée.

Pour les prêts in fine, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du (des) prêt(s), le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

Toute reprise d'activité, même partielle, ou le déplacement de l'Assuré sur un lieu de travail même pour exercer un rôle de surveillance ou de direction, entraîne la cessation des prestations.

Si l'Assuré est victime d'une rechute provenant du même accident ou de la même maladie survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, il ne sera pas fait application de la franchise. Toutefois, une rechute survenant plus de 60 jours après une reprise d'activité professionnelle sera considérée comme un nouveau sinistre. En conséquence, la franchise s'applique à nouveau. La garantie cesse dans les cas suivants :

- au plus tard 1095 jours suivant le premier jour d'arrêt de travail ;
- en cas de mise en jeu des garanties PTIA, IPT ou IPP.

Il est précisé que le montant des cotisations d'assurance est pris en charge par l'Assureur à compter de la fin de la franchise choisie et au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour d'incapacité si l'Assuré reste en arrêt de travail pendant toute cette période.

En cas de reprise, même partielle de son activité professionnelle, l'Assuré doit avertir l'Assureur par écrit et dans les meilleurs délais. L'exonération du paiement de la cotisation cesse alors à la fin du mois où la reprise de travail intervient.

En cas de rechute survenant moins de 60 jours après la reprise du travail, l'exonération reprend au premier jour du nouvel arrêt, sous réserve que l'origine de ce nouvel arrêt soit en lien avec le précédent.

En tout état de cause, la période d'exonération ne peut excéder 1095 jours en un ou plusieurs sinistres.

Aucune modification du (des) plan(s) de remboursement initial(aux) du fait de l'Assuré survenant dans les **6 mois précédant l'Incapacité Temporaire Totale de travail** et ayant pour effet d'entraîner une majoration du montant des mensualités ne sera prise en compte.

6.7. Dispositions applicables à toutes les garanties énoncées au présent article

- L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de toutes modifications relatives au(x) prêt(s) déclaré(s) lors de l'adhésion, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du(des) prêt(s). En cas d'omission ou de déclaration tardive, le montant des prestations est calculé sur la base des dernières informations communiquées par l'Assuré, selon les conditions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

ARTICLE 6

13

- Il est rappelé que le contrat est exclusivement lié à un ou des prêt(s) et ne peut, en aucune façon, donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % en cas de sinistres concomitants entre deux Assurés d'un même contrat de prêt.
- Dans le cas d'un prêt à échéances modulables, si l'Adhérent modifie le montant de ses échéances en cours de prise en charge, le montant des prestations ne tiendra pas compte de cette modification et restera inchangé.

7 Exclusions

- Les conditions d'indemnisation au titre du contrat Alternative emprunteur s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et de leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :
 - les accidents ou maladies résultant de faits intentionnels de l'Assuré (y compris les tentatives de suicide ou de mutilation), d'un bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement ;
 - les accidents ou maladies, dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si ces affections ont été déclarées lors de l'adhésion et acceptées par l'Assureur ;
 - les guerres civiles ou étrangères, les rixes, les crimes, les délits, les mouvements populaires, les mouvements de grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les émeutes, les insurrections, les complots, les actes de sabotage. Toutefois, dans les pays de l'Union Européenne, la Suisse, l'Islande, la Norvège, les Etats-Unis, le Japon, le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ces exclusions ne s'appliquent pas en cas de légitime défense, en cas d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements. Cette exclusion ne s'applique pas aux personnes qui sont exposées dans le cadre de l'exercice de leur profession et qui ont demandé un rachat d'exclusions qui a été accepté par l'Assureur ;
 - les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiations ionisantes ou autres. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement defectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'assuré est le patient ;
 - des accidents ou maladies pour lesquels l'assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement. La mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie n'est pas considérée comme étant un refus de traitement ;
 - les accidents, lors de la conduite de tout véhicule terrestre et de navigation maritime, causés par l'Assuré lorsque le taux d'alcool dans son sang est égal ou supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment du sinistre et au lieu du sinistre ;
- les accidents résultant de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 2g par litre de sang) ;
- les accidents ou maladies résultant de l'usage de stupéfiants ou d'hallucinogènes, de médicaments à doses non prescrites médicalement ;
- la pratique de raids, de tentatives de record, les acrobaties, les exhibitions, les essais préparatoires, les essais de réception, les paris, les défis pouvant porter atteinte à l'intégrité physique de la personne ;
- les accidents causés par l'Assuré lors de la manipulation d'explosifs ou de feux d'artifices de classe K4 ;
- En outre, sont exclus les cas de Décès résultant :
 - d'un suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. En cas d'augmentation de la garantie décès, le risque de suicide est également exclu au cours de la première année qui suit la prise d'effet de ce changement. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si le prêt a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R.132-5 du Code des Assurances).
- En outre, sont exclues les Incapacités Temporaires Totales de travail, les Invalidités Permanentes Totales, les Invalidités Permanentes Partielles, les Pertes Totale et Irréversible d'Autonomie et les Invalidités Professionnelles des pharmaciens résultant :
 - des affections psychiatriques (notamment et non exclusivement : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, y compris les dépressions nerveuses et les dépressions post-natales, troubles de la personnalité, et du comportement, troubles de l'alimentation). Toutefois, sont prises en charge les affections psychiatriques et leurs conséquences, si celles-ci ont nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours continus dans les six mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.
 - des atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires ne pouvant être démontrées par un examen spécialisé approfondi (une radiologie du rachis, une Imagerie par Résonance Magnétique ou un scanner) et ne nécessitant pas une hospitalisation continue d'au moins 7 jours ou, n'étant pas des fractures du rachis. Les séjours en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle sont pris en charge s'ils font suite à une hospitalisation ou une fracture au sens du présent article.
 - les cas de fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, de syndrome de fatigue chronique,
 - des séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé médicale, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil, de convalescence ou de rééducation. Toutefois, la garantie reste acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à un accident ou une maladie couvert par le contrat ;
 - de traitements esthétiques et/ou d'interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti ;
 - de la pratique de tout sport réalisé soit à titre professionnel, soit sous contrat rémunéré. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion et acceptées par l'Assureur ;
- En outre, la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ne prévoit pas la prise en charge :
 - des arrêts de travail correspondant au congé légal de maternité ou la période assimilée pour les non salariées. En dehors de la période du congé légal, la garantie reste en revanche acquise en cas de grossesse pathologique ;

• **En outre, sont exclus les cas suivants, leurs suites et conséquences :**

- **la navigation et les activités aériennes (notamment : avions, hélicoptères, parapentes, deltas, planeurs, ULM).** Toutefois, les garanties sont acquises pour les passagers et le personnel navigant des lignes commerciales régulières ou charter ;

- **les activités mécaniques en compétition (Terre, Mer, Air) ;**

- **la plongée sous-marine.** Toutefois, les garanties sont acquises :

- 1) si cette activité est pratiquée en tant qu'amateur, encadré par un professionnel habilité et, à titre occasionnel ;
- 2) pour la plongée sans bouteille à moins de 10 m de profondeur ;
- 3) pour la plongée avec bouteille à moins de 20 m de profondeur.

- **la navigation maritime et les activités nautiques.** Toutefois, les garanties sont acquises :

- 1) si cette activité est pratiquée en tant qu'amateur, encadré par un professionnel habilité et, à titre occasionnel ;
- 2) pour la voile ou l'utilisation de bateau à moteur à moins de 25 miles des côtes (avec le permis correspondant selon la législation en vigueur) ;
- 3) pour la planche à voile, le scooter des mers, le kayak ou aviron des mers à moins de 1 mile des côtes.

- **les sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, d'alpinisme (dont varappe).**

Toutefois, les garanties sont acquises :

- 1) si cette activité est pratiquée en tant qu'amateur, encadré par un professionnel habilité et, à titre occasionnel ;
- 2) pour le patinage sur patinoire ouverte au public, pour le hockey sur glace,
- 3) pour le ski, le surf, le ski de fond sur piste ouverte,
- 4) pour la luge, pour la randonnée en raquettes sur chemin balisé,
- 5) pour la randonnée à pieds au dessous de 3 000 m sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde, piolet ou crampons ;

- **l'activité de spéléologie.** Toutefois, les garanties sont acquises :

- 1) si cette activité est pratiquée en tant qu'amateur, encadré par un professionnel habilité et, à titre occasionnel
- 2) si cette activité ne nécessite pas d'équipement spécial ;

- **le canyoning, le rafting, le saut à l'élastique.** Toutefois, les garanties sont acquises si ces activités sont pratiquées en tant qu'amateur, encadrées par un professionnel habilité et, à titre occasionnel.

- **les sports de combat, la boxe s'ils ne sont pas pratiqués dans un club.**

- **les activités équestres en compétition, courses, concours ou chasse à courre.**

et des options choisies lors de l'adhésion, de la périodicité choisie lors de l'adhésion, du barème en vigueur et de la(des) majoration(s) éventuelle(s) due(s) aux résultats des formalités d'adhésion. Le montant du capital restant dû est celui du dernier échéancier émis par l'Assureur. Il incombe à l'Adhérent d'informer l'Assureur de toute modification du tableau d'amortissement initial, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet du nouveau tableau d'amortissement.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation :

- conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances, à la date de renouvellement de l'adhésion, si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des Adhérents à la convention d'assurance n° 2288 le justifie. Le nouveau taux des cotisations sera porté à la connaissance de l'Adhérent moyennant un préavis de trois mois avant la date de renouvellement de l'adhésion. Dans ce délai, l'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre. A défaut, il sera réputé l'accepter.
- à la prochaine échéance des cotisations, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), l'Adhérent sera exclu du contrat (article L. 141-3 du Code des assurances).

Une copie de cette lettre sera envoyée à l'organisme prêteur.

9 Conditions de prise en charge

Les pièces suivantes sont à adresser, à l'attention du Médecin Conseil sous pli confidentiel, dans les 6 mois suivant l'expiration du délai de franchise choisi à l'adresse suivante :

CARDIF Assurance Vie

Service Relations Clientèle SH 944 - Gestion Prévoyance
4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex

Les sinistres déclarés au-delà de 6 mois sont considérés comme s'étant produits le jour de la déclaration sans qu'il soit fait application de la franchise. Au-delà de 24 mois, les sinistres ne seront pas pris en charge.

Pour le Décès :

- un acte de décès de l'Assuré ;
- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès ;
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du(des) bénéficiaire(s) et un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès si le bénéficiaire est le partenaire d'un PACS.

Pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- la notification de mise en invalidité 3^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité.

Pour l'Invalidité Permanente Totale et l'Invalidité Professionnelle des pharmaciens :

- le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- la notification de mise en invalidité 2^e catégorie pour les assujettis à la Sécurité sociale et, pour les non-assujettis, toute preuve attestant de l'invalidité ;

Toutefois, à la demande expresse de l'Adhérent, tout ou partie de ces activités peuvent être assurées si elles sont déclarées par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elles ont fait l'objet d'une proposition tarifaire.

8 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, le 5 du mois de paiement, mensuellement, trimestriellement, ou annuellement selon la périodicité choisie lors de l'adhésion. Le paiement ne peut intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement établi aux Etats-Unis. Si le rattachement des cotisations choisi par l'Adhérent aboutit à une cotisation d'un montant inférieur à 15 €, l'Assureur se réserve le droit de modifier le rattachement. Le premier prélèvement s'effectuera même en cas de décès de l'Assuré. Le montant de la première cotisation est fonction du montant du capital financé, de la quotité assurée, de l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties, de la formule de garanties et des options choisies lors de l'adhésion, de la périodicité choisie lors de l'adhésion, du barème en vigueur et de la(des) majoration(s) éventuelle(s) due(s) aux résultats des formalités d'adhésion. Les cotisations suivantes sont calculées en fonction du montant du capital restant dû à la date de renouvellement de l'adhésion précédant la date de prélèvement de la cotisation, de la quotité assurée, de l'âge atteint par l'Assuré à la date de renouvellement de l'adhésion, de la formule de garanties

- si l'Assuré est pharmacien, la notification de l'interdiction définitive ou d'une suspension supérieure à 12 mois consécutifs, d'exercer par le Conseil de l'ordre des pharmaciens en application de l'article R. 4221-15 du Code de la Santé Publique.

Pour l'Invalidité Permanente Partielle ou l'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- le questionnaire médical de déclaration de sinistre qui est fourni par l'Assureur, sur simple demande, à remplir et signer par le médecin traitant ;
- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ;
- un avis de prolongation du médecin le cas échéant ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité sociale si l'Assuré est salarié.

En outre, si le Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle, l'Invalidité Professionnelle des pharmaciens ou l'Incapacité Temporaire Totale de travail sont consécutifs à un accident :

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident telles que rapport de police, procès verbal de gendarmerie.

Et dans tous les cas :

- le(s) tableau(x) d'amortissement du(des) prêt(s) en vigueur à la date du sinistre ;
- une copie du(des) contrat(s) de prêt.

L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête, de réclamer des documents complémentaires. En outre, pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, IPT, IPP, IP et ITT, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin indépendant qu'il désignera à cet effet. Les frais relatifs à l'examen médical sont alors à la charge de l'Assureur. **En cas de refus, l'Assuré ou ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.**

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

L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou tout autre organisme.

Le règlement des sommes dues intervient dans les 15 jours suivant la réception par l'Assureur de l'ensemble des pièces justificatives. Ce règlement ne pourra intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement établi aux Etats-Unis.

10 Bénéficiaire des garanties

Si l'Adhérent est l'Assuré :

- En cas de Décès, le capital assuré est versé à l'Organisme Prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent ; le solde résiduel, le cas échéant, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au certificat d'adhésion ou ses éventuels avenants.
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le capital assuré est versé à l'Organisme Prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent.
- En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Professionnelle du pharmacien ou d'Incapacité Temporaire Totale de travail, les prestations assurées sont versées :
 - à l'Organisme Prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'Adhérent ;
 - à l'Adhérent, sous réserve d'obtention préalable d'une autorisation par l'Organisme Prêteur. A cet effet, une attestation transmise par

l'Assureur à la date de déclaration du sinistre devra être complétée par l'Organisme Prêteur.

Tout règlement s'effectue dans la limite de la quotité assurée.

Si l'Adhérent est une entreprise :

- En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, le capital assuré est versé à l'Organisme Prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'entreprise adhérente.
- En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Professionnelle ou d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré, les prestations assurées sont versées :
 - à l'Organisme Prêteur dans la limite des sommes dues par l'Adhérent. Le cas échéant, le solde résiduel est versé à l'entreprise adhérente.
 - à l'Adhérent, sous réserve d'obtention préalable d'une autorisation par l'Organisme Prêteur. A cet effet, une attestation transmise par l'Assureur à la date de déclaration du sinistre devra être complétée par l'Organisme Prêteur.

Tout règlement s'effectue dans la limite de la quotité assurée.

11 Acceptation

Compte tenu de l'objet de l'assurance, dans tous les cas, l'organisme prêteur est réputé avoir accepté(e) le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat.

12 Faculté de renonciation

- En cas de démarchage (article L. 112-9 du Code des assurances) : *"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."*

Au titre du présent contrat, ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Le jour de conclusion du contrat mentionné ci-dessus correspond à la date de conclusion de l'adhésion telle que définie à l'article 4 de la présente Notice.

Modèle de lettre : *"Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat ALTERNATIVE EMPRUNTEUR N°XXXX*

Le (date) Signature»

Une copie de la lettre sera alors envoyée à l'organisme prêteur.

L'Assureur rembourse à l'Adhérent l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

- Dans tous les autres cas, l'Adhérent bénéficie de la faculté de renonciation, selon les modalités ci-dessus.

13 Prescription

Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un 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 10 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. »

Conformément à 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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

14 Changement dans la situation de l'Assuré

L'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation, de domicile, de pratique des activités déclarées à l'adhésion ou de consommation de tabac. Il en est de même pour tout changement d'activité professionnelle ou modification des conditions d'exercice de celle-ci. En fonction des éléments fournis, l'Assureur peut revoir le montant des cotisations.

A défaut d'information par l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer la règle de proportionnalité conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

15 Généralités

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français (article L.112-3 du Code des assurances). 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.

Toute réclamation concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse suivante :

CARDIF Assurance Vie
Service Relations Clientèle - SH 944 - Gestion Prévoyance
4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'Assuré peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), personne indépendante de l'Assureur, sans préjudice pour l'Assuré d'exercer une action en justice.

Les conditions d'accès à ce médiateur sont disponibles sur simple demande à l'adresse suivante :

CARDIF Assurance Vie
Service Relations Clientèle - SH 944 - Gestion Prévoyance
4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil-Malmaison Cedex.

L'Assuré au titre du présent contrat bénéficie du Fonds de Garantie des Assureurs de Personnes dans les limites de la réglementation applicable.

16 Territorialité

Les garanties proposées dans le cadre de l'adhésion au contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées par l'article 7 Exclusions.

Toutefois, si à la suite d'une maladie ou d'un accident survenus hors de France, l'Assuré se trouve en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Professionnelle, la constatation médicale de son état devra être effectuée sur le sol français métropolitain afin que l'Assureur puisse vérifier le bien fondé de la mise en jeu des garanties susvisées.

17 Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, CARDIF Assurance Vie est amenée à recueillir auprès de l'Adhérent et de l'Assuré des données personnelles protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'Adhérent et de l'Assuré d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Le responsable du traitement de ces données personnelles est CARDIF Assurance Vie qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. A ce titre, l'Adhérent et l'Assuré sont informés que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à CARDIF Assurance Vie pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;
- aux partenaires commerciaux de CARDIF Assurance Vie qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'Adhérent et l'Assuré aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'Adhérent et de l'Assuré ou de CARDIF Assurance Vie ;
- aux sociétés du groupe BNP Paribas au sens de l'article L233-3 du code de commerce, avec lesquelles l'assuré est ou sera en relation contractuelle aux fins d'actualisation des données collectées par ces sociétés ;
- aux sociétés du groupe BNP Paribas au sens de l'article L233-3 du code de commerce en cas de mise en commun de moyens ;
- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à CARDIF Assurance Vie ;
- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

L'Adhérent accepte que ses conversations téléphoniques avec un conseiller puissent être écoutées et enregistrées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des conseillers. Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

A cet effet, l'Adhérent et l'Assuré peuvent obtenir une copie des données personnelles les concernant en s'adressant à CARDIF Assurance Vie - Service Relations Clientèle SH 944 - Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron 92858 Rueil-Malmaison Cedex, en joignant à sa (leurs) demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa (leur) signature.