

Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective n°3012/4083, réservée aux titulaires d'un crédit renouvelable consenti par Crédit Moderne Antilles Guyane - S. A. au capital de 18 727 232 euros - Siège social : Immeuble Sémaphore - rue René Rabat ZAC de Houelbourg Sud II - Z.I. de Jarry - 97122 BAIE-MAHAULT Cedex - N° ORIAS : 07 027 944 - (www.arias.fr) - N° ADEME : FR200182_01XHWE, ci-après dénommé « le Prêteur » ou « le Souscripteur », 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 garanties Décès et Test Génomique et 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, pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Maladies Redoutées, Invalidité, Perte d'emploi, Aide à la Famille, ci-après dénommées « l'Assureur » ou « CARDIF » - Entreprises régies par le Code des assurances.

LEXIQUE

Accident/Accidentel : évènement 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 la Demande d'adhésion. Il est le payeur des cotisations.

Aide à la Famille : cette garantie est composée de 2 volets non cumulables : la présence parentale et le proche aidant.

Assuré : désigne l'Adhèrent et son Conjoint, Partenaire de PACS ou Partenaire de vie maritale pour les garanties Invalidité, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail, Perte d'Emploi, Aide à la Famille et Test Génomique, en fonction de la formule choisie et à condition qu'il vive à la même adresse que l'Adhèrent.

Pour les garanties Décès et Divorce/Rupture de PACS* l'Assuré désigne seulement l'Adhèrent.

***La garantie Divorce-Rupture de PACS est définie par la convention d'assurance collective n°4091.**

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

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 relative : nombre minimum de jours consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible. Le délai de Franchise relative débute dès la survenance du Sinistre et la garantie est acquise, mais l'indemnisation ne peut avoir lieu qu'une fois ce délai écoulé. L'indemnisation sera prise en charge dès le 1^{er} jour du Sinistre si le Sinistre a une durée supérieure à la durée de la Franchise relative.

Incapacité Temporaire Totale de travail : 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.

Invalidité : est considéré en état d'Invalidité l'Assuré reconnu en Invalidité de catégorie 2 ou 3 par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé français.

Maladies Redoutées : les 4 types de maladies redoutées prises en charge sont les suivantes : accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques.

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

Partenaire de vie maritale : union de fait entre 2 personnes vivant en couple sous le même toit/à la même adresse, sans être mariées ni pacées.

Perte d'Emploi : toute rupture du contrat de travail ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part de France Travail ou organismes assimilés français.

Sinistre : évènement susceptible de déclencher les garanties du contrat : Décès, Invalidité, Incapacité Temporaire Totale de travail, Aide à la Famille, Perte d'Emploi, Maladies Redoutées, Test Génomique et Divorce / Rupture de PACS*.

Test génomique : test innovant permettant de détecter le risque de récurrence de cancers du sein lors de la survenance de cette pathologie.

Article 1 - Objet du contrat

En fonction de la formule choisie, l'Adhèrent peut bénéficier des garanties suivantes : Décès, Divorce / Rupture de PACS*, Invalidité, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail, Perte d'Emploi, Aide à la Famille et Test Génomique, avant le terme de ses engagements au titre du crédit renouvelable consenti par le Prêteur.

En fonction de la formule choisie, le Conjoint de l'Adhèrent, son Partenaire de PACS ou son Partenaire de vie maritale peut également bénéficier des garanties suivantes : Invalidité, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail, Perte d'Emploi, Aide à la Famille et Test Génomique.

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

- **Intégrale** : « Décès », « Divorce / Rupture de PACS* », « Invalidité », « Maladies Redoutées », « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Perte d'Emploi », « Aide à la Famille », « Test Génomique »

- **Equilibre** : « Décès », « Divorce / Rupture de PACS* », « Invalidité », « Maladies Redoutées », « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Aide à la Famille », « Test Génomique »
- **Basique** : « Décès », « Maladies Redoutées » et « Test Génomique »
- **Essentielle** : « Décès » et « Test Génomique » si l'Adhèrent est âgé de plus de 64 ans à la date d'adhésion

***La garantie Divorce-Rupture de PACS est définie par la convention d'assurance collective n°4091.**

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

Article 2 - Conditions d'admission

Est admissible à la présente assurance toute personne physique :

- ayant contracté un crédit renouvelable dont le montant ne peut excéder 16 000 euros ;
- résidente en France Métropolitaine et principauté de Monaco et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte) ;
- étant âgée de plus de 18 ans lors de la conclusion du contrat ;
- ayant rempli et signé la demande d'adhésion.

Conditions d'admission complémentaires :

La formule choisie dépend de l'âge de l'Adhèrent et de sa situation professionnelle, à la date de signature de la demande d'adhésion.

	Intégrale	Equilibre	Basique	Essentielle
Age minimum d'adhésion	18 ans	18 ans	18 ans	65 ans
Age maximum d'adhésion (inclus)	64 ans	64 ans	64 ans	79 ans
Condition complémentaire	Exercer une activité professionnelle salariée dans le secteur privé, en Contrat à Durée Indéterminée	Exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations de France Travail ou organismes assimilés		

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

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

Et

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

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

Article 3 – Conclusion du contrat, prise d'effet et durée des garanties**• Date de conclusion du contrat**

Le contrat est conclu à la date de signature de la demande d'adhésion. Toutefois, le contrat n'est pas conclu si l'Adhèrent fait l'objet de mesures restrictives ou de gel des avoirs en vertu du règlement européen n° 2580/2001 du 27 décembre 2001 ou des articles L 562-1 et suivants du code monétaire et financier.

• Durée du contrat

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

• Date de prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la première utilisation du crédit renouvelable et à l'expiration d'un **délaï de Carence de 30 jours** à compter de la date de conclusion du contrat.

Le délaï de carence ne s'applique pas en cas de décès d'origine Accidentelle, d'infarctus du myocarde, d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral.

En l'absence de l'utilisation du crédit renouvelable, le contrat d'assurance n'a pas d'objet. En conséquence, les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.

Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout Sinistre survenu après la date de prise d'effet des garanties, lorsque le solde du compte de crédit renouvelable est positif.

• Cessation des garanties :**Les garanties cessent :**

- en cas de résiliation du contrat de crédit,
- à la date de clôture du compte du crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,
- 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'Adhèrent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- **en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un Sinistre,**
- en cas de résiliation demandée par l'Adhèrent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance (voir modalités ci-dessous),
- 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° 3012/4083 ou de la convention d'assurance collective n° 4091 à l'initiative de l'Assureur ou du Souscripteur, l'Adhèrent sera 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 Invalidité de catégorie 3 de l'Adhèrent.

De plus, les garanties cessent, pour l'Adhèrent, au plus tard :

- pour la garantie Décès et Test Génomique, dès la fin du mois de son 85^{ème} anniversaire ;
- pour la garantie Invalidité, dès la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire ;
- pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail et Aide à la Famille, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - son 67^{ème} anniversaire,
 - la cessation définitive de son activité professionnelle (sauf pour raisons médicales),
 - le départ ou la mise en préretraite ou en retraite (sauf pour raisons médicales),
 - la liquidation de toute pension de retraite (sauf pour raisons médicales).
- pour la garantie Divorce/Rupture de PACS*, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - son 67^{ème} anniversaire.
- pour la garantie Perte d'Emploi, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - la reprise d'une activité professionnelle ;
 - la fin d'éligibilité définitive au versement des allocations de chômage par France Travail,
 - la cessation définitive de l'activité professionnelle,
 - le départ ou mise en préretraite ou en retraite,
 - la liquidation de toute pension de retraite.
- pour la garantie Maladies Redoutées :
 - dès la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire

A la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire l'Adhèrent, ainsi que son Conjoint/Partenaire de PACS/Partenaire de vie maritale, bénéficiera uniquement des garanties de la formule Essentielle.

Par ailleurs, les garanties cessent pour l'Assuré Conjoint/Partenaire de PACS/Partenaire de vie maritale de l'Adhèrent :

- pour le Test Génomique, dès la fin du mois de son 85^{ème} anniversaire,
- pour la garantie Invalidité, dès la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire,
- pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail et Aide à la Famille, dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
 - son 67^{ème} anniversaire,
 - la cessation définitive de son activité professionnelle (sauf pour raisons médicales),
 - le départ ou la mise en préretraite ou en retraite (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 reprise d'une activité professionnelle (même partielle),

- la fin d'éligibilité définitive au versement des allocations de chômage par France Travail,
- la cessation définitive de l'activité professionnelle,
- le départ ou mise en préretraite ou en retraite,
- la liquidation de toute pension de retraite.
- pour la garantie Maladies Redoutées :
 - dès la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire.
- lorsque le contrat de l'Adhèrent est résilié, pour quelque cause que ce soit (voir article 3, Cessation des garanties).

De plus, lorsque l'Adhèrent bénéficie uniquement des garanties de la formule Essentielle, à partir de la fin du mois de son 67^{ème} anniversaire, son Conjoint/Partenaire de PACS/Partenaire de vie maritale bénéficiera également de cette formule.

• Modalités de résiliation demandée par l'Adhèrent

La résiliation du contrat 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 Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI Les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin,
- ou en ligne sur le site internet de www.credit-moderne.com
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

Elle met fin à toutes les garanties.

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 – Les garanties

Les Assurés sont couverts au titre des différentes garanties selon la formule souscrite conformément au tableau récapitulatif ci-après.

Seul l'Adhèrent est couvert au titre de la Garantie Décès et Divorce/Rupture de PACS*.

	Garanties	Qui est assuré ?	
		Adhèrent	Conjoint/ Partenaire de PACS/ Partenaire de vie maritale
Intégrale	Décès	✓	
	Divorce/Rupture de PACS *	✓	
	Invalidité	✓	✓
	Maladies Redoutées	✓	✓
	Incapacité Temporaire Totale de travail	✓	✓
	Perte d'Emploi	✓	✓
	Aide à la Famille : - Présence Parentale - Proche Aidant	✓	✓
	Test génomique	✓	✓
Equilibre	Décès	✓	
	Divorce/Rupture de PACS *	✓	
	Invalidité	✓	✓
	Maladies Redoutées	✓	✓
	Incapacité Temporaire Totale de travail	✓	✓
	Aide à la Famille : - Présence Parentale - Proche Aidant	✓	✓
	Test génomique	✓	✓
Basique	Décès	✓	
	Maladies Redoutées	✓	✓
	Test génomique	✓	✓
Essentielle	Décès	✓	
	Test génomique	✓	✓

***La garantie Divorce-Rupture de PACS est définie par la convention d'assurance collective n°4091.**

Article 5-1 - Garantie « Décès »

L'Assureur règle au Prêteur le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent à la date du décès survenue après la date de prise d'effet de la garantie.

Seul l'Adhérent est couvert au titre de la Garantie Décès.

Article 5-2 - Garantie « Invalidité »

Lorsque l'Assuré est reconnu en Invalidité de catégorie 2 par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé français, l'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit renouvelable de l'Adhérent arrivant à échéance à compter de la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné l'Invalidité.

- Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur au 1^{er} jour de l'Invalidité et n'inclut pas les utilisations postérieures.
- Le montant du règlement total ne pourra excéder le montant du solde débiteur du compte de l'Adhérent au 1^{er} jour de l'Invalidité et n'inclut pas les utilisations postérieures.
- La prise en charge au titre de la garantie Invalidité ne pourra excéder 36 remboursements mensuels en un ou plusieurs Sinistres.

Lorsque l'Assuré est reconnu en Invalidité de catégorie 3 par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé français, 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 l'Invalidité, diminué des prises en charges faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Article 5-3 - Garantie « Maladies Redoutées »

La garantie « Maladies Redoutées » se déclenche dès lors que la maladie garantie est diagnostiquée pour la première fois après la prise d'effet de l'adhésion.

Un délai de Carence de 30 jours s'appliquera pour le cancer et la sclérose en plaques.

Les 4 types de Maladies Redoutées (accident vasculaire cérébral, cancer, infarctus, sclérose en plaques) sont prises en charge, à l'exception des cas précisés dans les Exclusions de la présente Notice.

En cas de Maladies Redoutées, l'Assureur règle à l'Assuré un montant forfaitaire de 1 000 €. **Cette indemnité est versée une seule fois à l'Assuré, pour la première maladie garantie qui lui est diagnostiquée. Le paiement de l'indemnité met fin à la garantie « Maladies redoutées » pour cet Assuré.**

Article 5-4 - Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail »

L'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit de l'Adhérent arrivant à échéance à compter de la date de la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail. 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.

Une Franchise relative de 30 jours est appliquée. Ainsi, aucune prise en charge n'est effectuée si l'arrêt de travail est inférieur ou égal à 30 jours consécutifs. Au-delà de 30 jours consécutifs d'arrêt total, la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour du Sinistre.

- La prise en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail ne pourra excéder 36 remboursements mensuels en un ou plusieurs Sinistres, les droits étant reconstitués 24 mois après la 36^e mensualité prise en charge.
- Le montant de l'indemnisation totale versée au titre du contrat ne pourra pas excéder le montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent au 1^{er} jour d'arrêt de travail.

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

- si l'Assuré a repris le travail pendant plus de 12 mois 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 du compte de crédit renouvelable de l'Adhérent au 1^{er} jour du 1^{er} arrêt de travail, diminué des sommes déjà réglées.

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 total,
- être en interruption totale et continue de travail constatée médicalement depuis au moins 31 jours consécutifs (Franchise relative) par suite de Maladie ou d'Accident survenu(e) après la date de prise d'effet de la garantie.

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

L'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit de l'Adhérent arrivant à échéance à compter de la date de la survenance de la Perte d'Emploi.

Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur à la date de notification d'accord de prise en charge par France Travail et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Une Franchise relative de 30 jours est appliquée. Ainsi, aucune prise en charge n'est effectuée si la Perte d'Emploi est inférieure ou égale à 30 jours consécutifs. Au-delà de 30 jours consécutifs, la prise en charge s'effectue dès le 1^{er} jour de perception de l'indemnisation de la part de France Travail ou organismes assimilés français.

- La prise en charge de la Garantie Perte d'Emploi ne pourra excéder 27 remboursements mensuels en un ou plusieurs Sinistres, les droits étant reconstitués 24 mois après la 27^{ème} mensualité prise en charge.

- Le montant de l'indemnisation totale versée au titre du contrat ne pourra pas excéder le montant du solde du compte de crédit renouvelable du compte de l'Adhérent à la date de notification de la Perte d'Emploi.

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 30 jours consécutifs (Franchise relative), à compter du 31^{ème} jour après 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.

Pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi :

- La Perte d'emploi ouvrant droit à indemnisation de la part de France Travail doit avoir été notifiée 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 français,
- l'Assuré doit être en interruption de travail suite à cette Perte d'Emploi depuis plus de 30 jours consécutifs (Franchise relative).

Article 5-6 - Garantie « Aide à la Famille »**Article 5-6.1 « Aide à la Famille Présence Parentale »**

Cette garantie est acquise lorsque l'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale, définie aux articles L544-1 à L544-9 du code de la Sécurité sociale.

La garantie est acquise lorsque le premier versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale a lieu plus de 30 jours après la conclusion du contrat.

L'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit de l'Adhérent arrivant à échéance à compter de la date du premier versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale.

Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur à la date du premier versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Cette garantie Aide à la Famille Présence Parentale prend fin en cas de mise en jeu des garanties Décès et Invalidité de catégorie 3 de l'Adhérent.

La durée maximale d'indemnisation pendant la durée totale de l'adhésion est de 28 mois, qu'elle soit continue ou discontinue.

L'indemnisation est suspendue tant que l'Adhérent ne justifie pas le versement de l'Allocation Journalière de Présence Parentale.

Les Mensualités impayées avant Sinistre n'entrent pas dans le champ de la garantie.

Article 5-6.2 « Aide à la Famille Proche Aidant »

Cette garantie est acquise lorsque l'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Proche Aidant, définie aux articles L168-8 à L168-16 du code de la Sécurité sociale.

La garantie est acquise lorsque le premier versement de l'Allocation Journalière de Proche Aidant a lieu plus de 30 jours après la conclusion du contrat.

L'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit de l'Adhérent arrivant à échéance à compter de la date du premier versement de l'Allocation Journalière de Proche Aidant.

Le montant de la mensualité de crédit pris en compte est égal à celui en vigueur à la date du premier versement de l'Allocation Journalière de Proche Aide Parental et n'inclut pas les utilisations postérieures.

Cette garantie Aide à la Famille Proche Aidant prend fin en cas de mise en jeu des garanties décès et Invalidité de catégorie 3 de l'Adhérent.

La durée maximale d'indemnisation pendant la durée totale de l'adhésion ne peut excéder 3 mois, qu'elle soit continue ou discontinue.

L'indemnisation est suspendue tant que l'Adhérent ne justifie pas le versement de l'Allocation Journalière de Proche Aidant.

Les Mensualités impayées avant Sinistre n'entrent pas dans le champ de la garantie.

Article 5-7 - Garantie "Test Génomique"

Afin d'accompagner au plus près ses Assurés touchés par certains cancers du sein**, Cardiff 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. Cardiff remboursera l'Assuré en complément d'une éventuelle prise en charge, dans la limite de 3 000 € par Assuré. 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.

Article 6 - Limitation des garanties :

Le montant du règlement total ne pourra excéder le montant du solde débiteur du compte de l'Adhérent.

Pour toutes les garanties, à l'exception de la Maladie Redoutée et Test Génomique, l'Assureur ne prend en charge qu'un Sinistre sur une période donnée, correspondant au Sinistre survenu en premier. Ainsi, un sinistre survenu pendant une indemnisation, ne sera pas pris en charge. Le Conjoint, le Partenaire de PACS ou le Partenaire de vie maritale bénéficie de l'ensemble des garanties de la formule souscrite par l'Adhérent sauf la garantie Décès et la garantie Divorce/Rupture de PACS*.

En cas de Sinistre : si l'indemnisation du Conjoint, du Partenaire de PACS ou du Partenaire de vie maritale est en cours alors que l'Adhérent a basculé en formule Essentielle, l'Assureur poursuit l'indemnisation du Conjoint, du Partenaire de PACS ou du Partenaire de vie maritale dans les limites de la garantie prévue. Une fois l'indemnisation terminée, le Conjoint, le Partenaire de PACS ou le Partenaire de vie maritale sera couvert uniquement pour les garanties de la formule Essentielle.

***La garantie Divorce-Rupture de PACS est définie par la convention d'assurance collective n°4091.**

Article 7 - Exclusions :

Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout Sinistre survenu après la date de prise d'effet des garanties, lorsque le solde du compte de crédit renouvelable est positif, à l'exclusion des cas suivants et leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

Pour toutes les garanties :

- les préjudices causés par la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré (article L113-1 du Code des assurances) ;
- le suicide lorsqu'il intervient pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion ;
- les tentatives de suicide et les mutilations intentionnelles causées par l'assuré lui-même ;
- les Sinistres résultant de l'usage volontaire des substances ou plantes classées comme stupéfiants (art.L.235-1 du Code de la route) lorsque l'Assuré conduisait le véhicule accidenté ;
- les Sinistres résultant de l'usage volontaire de médicaments à dose non ordonnée médicalement lorsque l'Assuré conduisait le véhicule accidenté ;
- les préjudices subis par le conducteur lorsque, au moment de l'accident, il était sous l'emprise d'un état alcoolique ou en état d'ivresse constaté en vertu de l'article L. 234-1 du Code de la route ;
- 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, au Royaume-Uni, ou autre que les Etats-Unis, le Canada ou la Suisse ;

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

- la période de congé légal de paternité conformément aux articles L.1225-35 et suivants du Code du travail ;
- la période de congé légal de maternité conformément aux articles L.1225-17 et suivants du Code du travail. Les arrêts de travail liés à la grossesse pathologique et ses conséquences en dehors de la période du congé légal sont couverts ;
- les Sinistres résultant de l'usage volontaire des substances ou plantes classées comme stupéfiants ;
- les Sinistres résultant de l'usage volontaire de médicaments à dose non ordonnée médicalement ;
- les Sinistres résultant d'un état alcoolique ou en état d'ivresse manifeste ;

En outre, pour la garantie « Perte d'Emploi » :

- les ruptures de contrat de travail n'ouvrant pas droit à l'allocation de France Travail ou organisme assimilé français ;

En outre, pour la garantie « Aide à la Famille » :

- les Sinistres pour lesquels le premier versement de l'Allocation Journalière de Proche Aidant ou de l'Allocation Journalière de Présence Parentale a lieu avant la fin du délai de Carence de 30 jours ;

En outre, 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'examen ou d'analyses médicales au moment de la souscription.

Sont exclus, à la date d'effet du contrat :

Pour un cancer :

- les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ
- cancer de la prostate à un stade inférieur à Stade Pronostique II de l'AJCC 8e Édition
- cancer de la thyroïde à un stade inférieur à Stade Pronostique II de l'AJCC 8e Édition
- carcinome baso-cellulaires et ou squamo-cellulaires de la peau, et le dermato-fibrome de Darier-Ferrand
- diagnostic établi sur biopsie seule ou sur simple mise en évidence de la cellule tumorale circulante 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 de preuves définitives et cliniquement vérifiables

Pour une affection du myocarde :

- l'infarctus du myocarde aigu, les souffrances du muscle cardiaque transitoires ou sans signes d'infarctus aigu
- autre syndrome coronarien aigu, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable ou syndrome de menace
- augmentation des biomarqueurs cardiaques secondaire à un geste interventionnel cardiaque par voie percutanée pour la maladie coronarienne

Pour un accident vasculaire cérébral sans séquelles durables :

- accident vasculaire cérébral secondaires à des lésions cérébrales préexistantes à l'adhésion
- accident ischémique transitoire (AIT)
- lésion cérébrale ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique
- hémorragie secondaire à une lésion cérébrale préexistante
- rupture d'anévrisme cérébral
- toute anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée par un scanner/IRM sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques
- diagnostic d'accident vasculaire cérébral suspecté mais non confirmé.

Pour une sclérose en plaques non confirmée :

- diagnostic suspecté de sclérose en plaques non confirmé
- syndrome neurologique isolé suggestif de sclérose en plaques mais dont le diagnostic étiologique est non confirmé.

Article 8 – Dans quels pays les Assurés sont-ils couverts ? :

Les garanties s'appliquent dans le monde entier. Cependant une Invalidité ou une Incapacité Temporaire Totale de travail sont considérées comme survenues au jour de leur constatation par un médecin exerçant son activité dans un pays membre de l'Union Européenne. Elles ne sont indemnisées que sur justificatif émanant de l'un de ces pays.

Article 9 – Conditions de prise en charge :

Pour la demande de prise en charge, il convient de formuler la déclaration au Prêteur par téléphone à : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé), ou par tout autre moyen mis à disposition de l'assuré.

Ce dernier indiquera la liste des pièces justificatives à fournir à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin, et notamment :

En cas de « Décès » :

- l'acte de décès,
- le(s) questionnaire(s) médical(aux) fourni(s) par l'Assureur à compléter par l'ayant droit de l'Assuré avec l'aide du médecin de son choix.

En cas d'« Invalidité » :

- la notification de l'état d'Invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé ou, pour les non-assujettis, un certificat médical attestant de l'invalidité et précisant sa catégorie à l'équivalence du barème de la sécurité sociale,
- le(s) questionnaire(s) médical(aux) fourni(s) par l'Assureur à compléter par l'Assuré avec l'aide du médecin de son choix,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

En cas d'« Incapacité Temporaire Totale de travail » :

- le(s) questionnaire(s) médical(aux) fourni(s) par l'Assureur à compléter par l'Assuré avec l'aide du médecin de son choix,
- 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 choisi par l'Assuré précisant la période prévue d'arrêt de travail, depuis la survenance du Sinistre,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

En cas d'« Aide à la Famille » :

- une attestation de l'organisme versant l'Allocation Journalière de Présence Parentale ou l'Allocation Journalière de Proche Aidant,
- l'attestation d'accord de prise en charge par la CAF de l'AJPP ou de l'AJPA,
- le décompte mensuel de paiement de la prestation CAF concernant le règlement de l'allocation AJPP ou AJPA. Ces attestations doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme CAF,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

En cas de « Perte d'emploi » :

- le décompte des prestations versées par France Travail ou organisme assimilé français indiquant une Perte d'Emploi de 30 jours consécutifs,
- l'attestation employeur à destination de France Travail (Formulaire CERFA 1291901).

En cas de « Maladies Redoutées » :

- le(s) questionnaire(s) médical(aux) fourni(s) par l'Assureur à compléter par l'Assuré avec l'aide du médecin de son choix,
- le RIB,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

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,
- le RIB,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

En complément, lorsque le Sinistre concerne l'Assuré Conjoint/Partenaire de PACS/Partenaire de vie maritale de l'Adhèrent, il doit fournir :

- sa carte nationale d'identité en cours de validité,
- tout document justifiant de sa résidence à la même adresse que l'Adhèrent (attestation d'IJ ou France Travail, facture de moins de trois mois ...) ou une pièce justifiant de sa qualité de Conjoint ou de Partenaire de PACS,
- le formulaire de recueil du consentement de l'Assuré relatif au traitement de ses données de santé complété et signé.

L'Assureur se réserve le droit de demander des informations médico-administratives complémentaires : certificat médical, ordonnances de prescriptions, comptes-rendus de consultations et suivis médicaux/paramédicaux, d'interventions chirurgicales, d'hospitalisation, résultats d'examen diagnostiques, expertise médicale, relevés de remboursements de soins, ou toute autre information nécessaire à la mise en jeu des garanties contractuelles.

À 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 le montant forfaitaire au titre de la garantie « Maladies Redoutées » et le remboursement du Test génomique qui sont réglés à l'Assuré.

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'Adhèrent ou de l'Assuré 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 la demande d'adhésion. Les primes sont perçues par le Prêteur pour le compte de l'Assureur en même temps que les échéances 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'Adhèrent 3 mois avant son entrée en vigueur par l'intermédiaire du Prêteur. Une telle modification ne peut intervenir que si l'évolution des caractéristiques actuarielles du groupe assuré le justifie.

Dans le mois suivant cette notification, l'Adhèrent pourra refuser la modification en résiliant par lettre simple son adhésion. À 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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 :

L'Adhèrent peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Il doit pour cela adresser au Prêteur :

- une demande écrite à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature",
- ou en ligne sur le site internet de www.credit-moderne.com,
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

Le prêteur rembourse pour le compte de l'Assureur, le cas échéant, l'intégralité des sommes éventuellement versées par l'Adhèrent dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

À 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 : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin,

ou par téléphone au : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé) **(du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 9h à 13h).**

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

- par courrier à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin,
- par téléphone : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé).

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

BNP Paribas Cardif
Service Réclamations Prévoyance
TSA 60004
92729 Nanterre Cedex

En l'absence de réponse, l'Assuré a la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance, dans un délai de deux 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'instance 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'Adhérent 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'Adhérent des informations concernant les contrats de l'Assureur ;
- Accompagner l'Adhérent/Assuré et répondre à ses demandes ;
- Evaluer si l'Assureur peut proposer à l'Adhérent un contrat d'assurance et le cas échéant évaluer à quelles conditions.

c. Pour la poursuite d'un intérêt légitime

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

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

Cela peut être accompli par :

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

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

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

L'Adhérent dispose des droits suivants :

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

- Droit à la portabilité des données : dans certains cas, l'Adhérent a le droit de récupérer les données à caractère personnel qu'il a délivrées à l'Assureur, ou lorsque cela est techniquement réalisable, de solliciter leur transfert à un autre responsable de traitement.
- Droit à la mort numérique : l'Adhérent peut définir auprès de l'Assureur des directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. L'Adhérent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment.

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

BNP PARIBAS CARDIF - DPO 8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France, ou data.protection@cardif.com.

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

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

Cette Notice contient l'ensemble des informations relatives aux traitements des données à caractère personnel que l'Assureur, en tant que responsable du traitement, doit fournir à l'Adhérent, en ce compris les catégories de données à caractère personnel traitées, leur durée de conservation ainsi que les destinataires éventuels des données à caractère personnel.

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

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

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

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

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

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

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

Article 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 les options choisies par l'Adhérent sont signés électroniquement conformément aux dispositions de l'article 1367 du Code civil : l'Adhérent ayant été dûment identifié par l'intermédiaire le dispositif technique utilisé pour la signature électronique permet de garantir le lien entre la signature de l'Adhérent et le contrat présenté à ce dernier.

Article 16 - Convention de preuve :

Vous êtes responsable de la conservation et de l'utilisation de vos Codes de reconnaissance qui vous ont été attribués, afin de conclure votre souscription au contrat, sur votre espace client sur le site www.credit-moderne.com. 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 communiqué 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'(es) Adhérent(s) et l'(es) Assuré(s) au titre de la présente adhésion bénéficiaire(nt) du Fonds de Garantie des assurances de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.

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 :

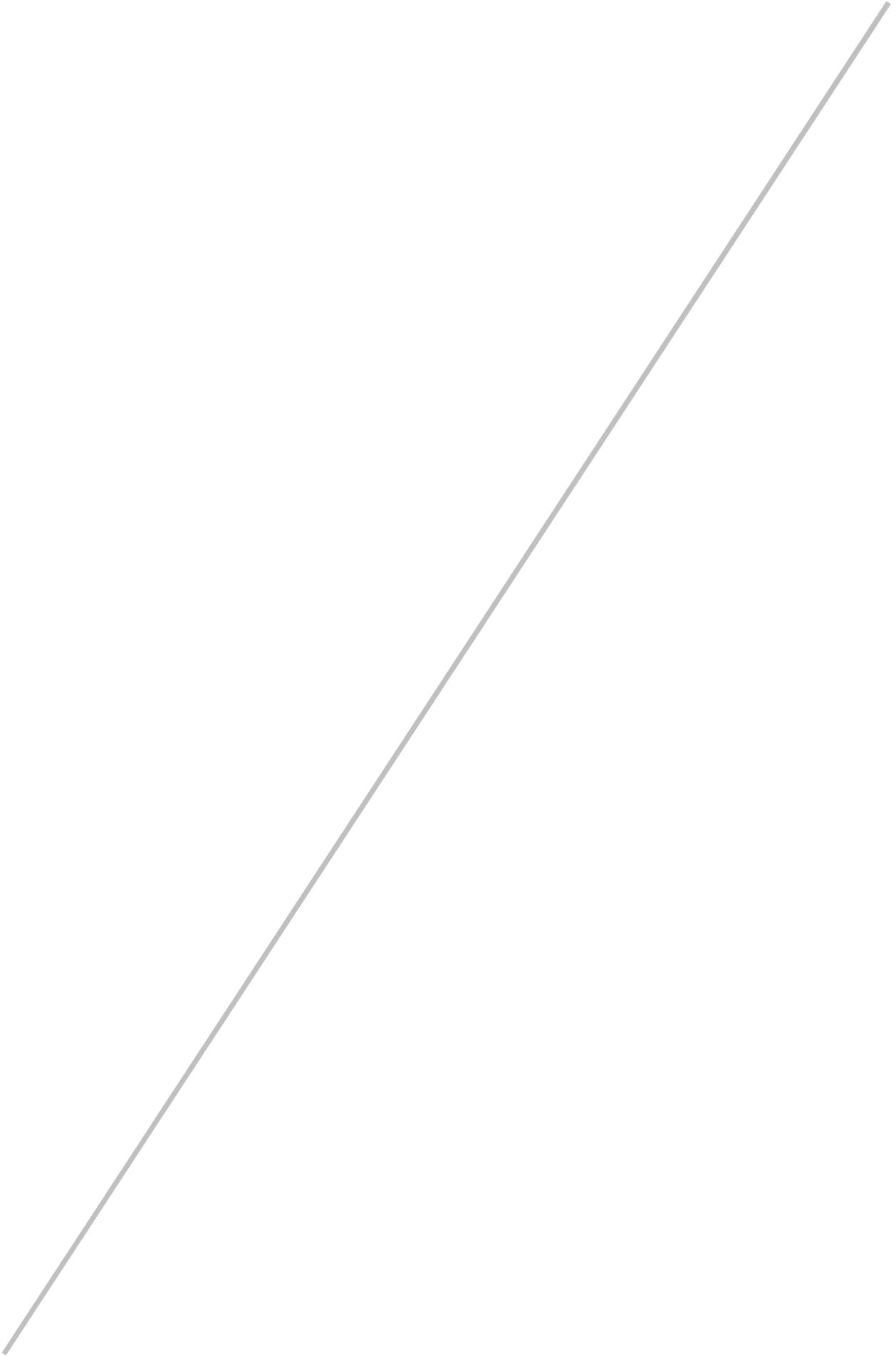
- d'identifier l'Adhérent et les Assurés au contrat ;

- 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.



Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective n°4091 réservée aux titulaires d'un crédit renouvelable consenti par Crédit Moderne Antilles Guyane - S. A. au capital de 18 727 232 euros - Siège social : Immeuble Sémaphore - rue René Rabat ZAC de Houelbourg Sud II - Z.I. de Jarry - 97122 BAIE-MAHAULT Cedex - N° ORIAS : 07 027 944 - (www.orias.fr) - N° ADEME : FR200182_01XHWE, ci-après dénommé « le Prêteur » ou « le Souscripteur », 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

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

Assuré : désigne l'Adhèrent.

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...).

Garantie Divorce / Rupture de Pacs : elle se déclenche dès lors que le dossier de demande de divorce a été déposé auprès du tribunal ou du notaire en France ou à la date d'enregistrement de la demande de dissolution du PACS en France.

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

Sinistre : événement susceptible de déclencher les garanties du contrat, ici le Divorce ou la Rupture de PACS.

Article 1 - Objet du contrat :

Le présent contrat a pour but de couvrir les crédits renouvelables.

En fonction de la formule choisie au titre de l'assurance des emprunteurs, l'Adhèrent peut bénéficier des garanties suivantes : Divorce et Rupture de PACS :

- **Formule Intégrale** : « Décès », « Divorce / Rupture de PACS », « Invalidité », « Maladies Redoutées », « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Perte d'Emploi », « Aide à la Famille », « Test Génomique »
- **Formule Equilibre** : « Décès », « Divorce / Rupture de PACS », « Invalidité », « Maladies Redoutées », « Incapacité Temporaire Totale de travail », « Aide à la Famille », « Test Génomique »

Les garanties Décès, Invalidité, Maladies Redoutées, Incapacité Temporaire Totale de travail, Perte d'Emploi, Aide à la Famille et Test Génomique sont définies par la convention d'assurance collective n°3012/4083

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

Article 2 - Conditions d'admission :

Est admissible à la présente assurance toute personne physique :

- ayant contracté un crédit renouvelable dont le montant ne peut excéder 16 000 euros ;
- résidente en France Métropolitaine et principauté de Monaco et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte) ;
- étant âgée de plus de 18 ans lors de la conclusion du contrat ;
- ayant rempli et signé la demande d'adhésion.

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

> **L.113-8 du Code des assurances** : « indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du Risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le Risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le Sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Et

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

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

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

• Date de conclusion du contrat

Le contrat est conclu à la date de signature de la demande d'adhésion.

Toutefois, le contrat n'est pas conclu si l'Adhèrent fait l'objet de mesures restrictives ou de gel des avoirs en vertu du règlement européen n° 2580/2001 du 27 décembre 2001 ou des articles L 562-1 et suivants du code monétaire et financier.

• Durée du contrat :

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

• Date de prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet à la première utilisation du crédit renouvelable et à l'expiration d'un **déai de Carence de 30 jours** à compter de la date de conclusion du contrat.

En l'absence de l'utilisation du crédit renouvelable, le contrat d'assurance n'a pas d'objet. En conséquence, les garanties sont alors réputées ne jamais avoir pris effet.

Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout Sinistre survenu après la date de prise d'effet des garanties, lorsque le solde du compte de crédit renouvelable est positif.

• Cessation des garanties :

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation du contrat de crédit,
 - à la date de clôture du compte du crédit renouvelable pour quelque raison que ce soit,
 - 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'Adhèrent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
 - **en cas de fraude ou de tentative de fraude à l'occasion d'un Sinistre,**
 - en cas de résiliation demandée par l'Adhèrent à tout moment après la conclusion du contrat d'assurance (voir modalités ci-dessous),
 - 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° 3012/4083 ou de la convention d'assurance collective n° 4091 à l'initiative de l'Assureur ou du Souscripteur, l'Adhèrent sera 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 Invalidité de catégorie 3 de l'Adhèrent.
- De plus, la garantie Divorce / Rupture de PACS cesse au plus tard dès la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Adhèrent.

• Modalités de résiliation demandée par l'Adhèrent

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 Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin,
- ou en ligne sur le site internet de www.credit-moderne.com
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

Elle met fin à toutes les garanties.

Article 4 - Garantie « Divorce / Rupture de PACS » :

En cas de Divorce ou de Rupture de PACS, l'Assureur règle au Prêteur le montant des mensualités de crédit de l'Adhèrent arrivant à échéance à la date de survenance du dépôt de la demande de divorce ou à la date d'enregistrement de la demande de dissolution du PACS, **dans la limite de six mensualités et du montant du solde du compte de crédit renouvelable de l'Adhèrent à la date du dépôt de la demande de divorce ou à la date d'enregistrement de la demande de dissolution du PACS.**

La garantie Divorce/Rupture de PACS ne peut être déclenchée qu'une seule fois par adhésion.

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 - 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 :

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

Article 6 - Dans quels pays l'Assuré est-il couvert ?

La garantie s'applique aux divorces et ruptures de PACS enregistrés en France.

Article 7 - Conditions de prise en charge :

Pour la demande de prise en charge, il convient de formuler la déclaration au Prêteur par téléphone à : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé), ou par tout autre moyen mis à disposition de l'assuré.

Ce dernier indiquera la liste des pièces justificatives à fournir à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin, et notamment :

- le justificatif de dépôt du dossier au tribunal ou chez le notaire ;
- la confirmation d'enregistrement de la demande de dissolution du PACS ou l'acte de naissance mentionnant la dissolution du PACS.

L'Assureur peut demander des documents complémentaires.

Le refus de communiquer ces documents sera considéré comme une renonciation aux garanties.

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

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 8 - Coût de l'assurance :

Le coût de l'assurance est précisé sur la demande 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 du Prêteur. Une telle modification ne peut intervenir que si l'évolution des caractéristiques actuarielles du groupe assuré le justifie.

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

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

Le paiement des cotisations doit intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie de l'Espace économique européen ou membre de l'Espace unique de paiement en euros (SEPA) et être libellé en euros. Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son 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 9 - Faculté de renonciation :

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Il doit pour cela adresser au Prêteur :

- une demande écrite à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature",
- ou en ligne sur le site internet de www.credit-moderne.com,
- ou par tout autre moyen aux adresses et points de contacts habituels et précisés lors de l'adhésion au contrat.

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 10 - Demandes d'information et réclamations :

Toute demande d'information concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse suivante : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin, ou par téléphone au : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé) (du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 9h à 13h).

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 : Crédit Moderne Antilles Guyane - Service Client - ZI les Mangles - Acajou Sud - 97232 Le Lamentin,
- par téléphone : 09 69 32 25 78 (Appel non surtaxé).

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

BNP Paribas Cardif
Service Réclamations Prévoyance
TSA 60004
92729 Nanterre Cedex

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

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

Les modalités d'accès sont les suivantes :

- par voie électronique en complétant le formulaire de saisine figurant sur le site internet : www.mediation-assurance.org,
- par voie postale à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

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

La procédure est écrite, gratuite, et confidentielle.

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

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

Article 11 - 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 déclare 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 12 - 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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent pour conclure et exécuter ses contrats, et en particulier :

- Évaluer 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 et répondre à ses demandes ;
- Évaluer 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 recus 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 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 13 - 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 figuré 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 convient à l'Adhérent, celui-ci manifeste son acceptation au Souscripteur en signant celui-ci électroniquement selon les modalités exposées ci-après.

Article 14 - Convention de preuve :

Vous êtes responsable de la conservation et de l'utilisation de vos Codes de reconnaissance qui vous ont été attribués, afin de conclure votre souscription au contrat, sur votre espace client sur le site www.credit-moderne.com. 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 communiqué 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 archiveur pour leur conservation dans un « coffre-fort électronique ». Le tiers archiveur 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 archiveur.

Article 15 - 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'(es) Adhérent(s) et l'(es) Assuré(s) au titre de la présente adhésion bénéficie(nt) du Fonds de Garantie des assurances de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.

Article 16 - Contrôle de l'entreprise d'assurance :

L'organisme chargé du contrôle de 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 17 - 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 18 - 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.