

ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : Cofidis SA Intermédiaire d'assurance enregistré en France auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 023 493

Assurances du Crédit Mutuel VIE SA et Assurances du Crédit Mutuel IARD SA, Entreprises d'assurance immatriculées en France et régies par le code des assurances

Produit : Assurance des Emprunteurs
Crédit Renouvelable



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette assurance a pour objet de couvrir l'assuré bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit renouvelable.

Assurer votre crédit permet de vous protéger financièrement vous et votre famille en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'Emploi.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

✓ Décès

Lorsque l'assuré décède suite à maladie ou accident, l'assureur rembourse le montant du crédit restant dû au jour du décès, déduction faite des éventuelles utilisations exclues.

Cela permet de protéger la famille sans que la dette du crédit ne lui soit transmise.

✓ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est en PTIA, l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

Pour mettre à l'abri financièrement l'assuré, l'assureur intervient pour le remboursement du montant du crédit restant dû au jour de l'invalidité, déduction faite des éventuelles utilisations exclues.

✓ Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Est en ITT, l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel, ou incapable de se livrer à ses occupations de la vie quotidienne et contraint d'observer un repos complet pour l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.

Pour compenser une éventuelle perte de revenu en cas d'arrêt de travail, l'assureur prend en charge le paiement des échéances du crédit et ce, pendant toute la durée d'incapacité de travail, déduction faite des éventuelles utilisations exclues.

✓ Perte d'Emploi (PE)

Est en PE, l'assuré salarié qui a été licencié et qui perçoit une allocation chômage ou une indemnité pour les mandataires sociaux.

Pour compenser une éventuelle perte de revenu en cas de licenciement, l'assureur prend en charge les échéances du crédit.

Prestation versée pendant 15 mois maximum pour un même licenciement.

Toutes nos prestations sont forfaitaires, c'est-à-dire qu'elles ne prennent pas en compte une éventuelle perte de vos revenus.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ La reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique dans le cadre de la garantie ITT.

✗ Toute utilisation (déblocage) du crédit intervenant pendant la période d'incapacité de travail ou de chômage.

✗ Ce contrat ne prévoit pas de garantie Invalidité Permanente Partielle et Totale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Risques exclus au titre de chaque utilisation :

Au titre de l'ensemble des garanties :

! Risque de guerre

! Modification de la structure du noyau atomique

! Suicide avant un an d'assurance

Au titre des garanties Décès, PTIA et ITT :

! Les affections suivantes survenues et connues de l'assuré à la date d'utilisation du crédit : affections cardiaques, hypertension artérielle et veineuse, diabète, asthme, maladie tumorale ou cancéreuse, atteinte discale ou vertébrale.

Au titre de la garantie PTIA :

! L'assuré en PTIA ou en invalidité permanente l'empêchant d'exercer une activité professionnelle au jour de l'utilisation du crédit, ne peut bénéficier du paiement du capital par anticipation au titre de la garantie PTIA.

Au titre de la garantie ITT :

! L'assuré en arrêt de travail le jour de l'utilisation du crédit ou ayant totalisé 30 jours consécutifs d'arrêt de travail dans les 180 jours ayant précédé l'utilisation du crédit, ne pourra bénéficier de la garantie ITT qu'après une reprise effective de travail continue de 180 jours entre l'arrêt de travail au jour de l'utilisation du crédit et l'arrêt de travail dont prise en charge est demandée.

Les sinistres consécutifs aux événements suivants sont exclus :

Au titre des garanties Décès, PTIA et ITT :

Les sinistres survenus sous l'emprise de l'alcool ou usage de stupéfiants non prescrits médicalement

Au titre des garanties PTIA et ITT :

! Les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature

! Accident, blessure, maladie ou mutilations volontaires

Au titre de la garantie PE :

! Démission ou rupture conventionnelle, même prise en charge par le Pôle Emploi

! Perte d'Emploi non indemnisée ou indemnisée partiellement par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Une franchise de 90 jours en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de Perte d'Emploi

! La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 180 jours décomptés à partir de la date d'adhésion à l'assurance.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois les prestations pour Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de Travail ne seront versées que pour les périodes d'incapacité constatées médicalement en France. Le sinistre sera considéré être intervenu au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'assureur de l'état de santé de l'assuré sur le sol français, de ce fait, pour l'ITT cette date sera le point de départ du délai de franchise.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

• **A l'adhésion au contrat :**

- Pour bénéficiaire de la garantie **Décès** : être âgé de moins de 75 ans ;
- Pour bénéficiaire des garanties **PTIA, ITT et PE** : être âgé de moins de 65 ans.

• **En cours d'adhésion :**

- Régler les cotisations dues au titre du contrat.

• **En cas de sinistre :**

- Contacter Cofidis par téléphone ou par courrier dès connaissance du sinistre et au plus tard dans les 180 jours qui suivent le sinistre pour les garanties ITT et PE.
- Fournir l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'assureur.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Lorsque l'assurance est souscrite en même temps que l'offre de crédit, l'adhésion prend effet, à partir de la date de réception par Cofidis de la demande d'adhésion au contrat.

Lorsque l'assurance est souscrite postérieurement à la date de signature de l'offre de crédit, l'adhésion prend effet à partir de la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque l'adhésion est souscrite par voie téléphonique, l'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Lorsque l'adhésion est souscrite par voie digitale (web, mobile), l'adhésion prend effet à partir de la date de signature électronique de la demande d'adhésion au contrat.

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction jusqu'au terme du crédit, sauf résiliation dans les cas prévus au contrat.

En tous les cas, les garanties PTIA, ITT et PE cessent aux 65 ans de l'assuré et la garantie Décès cesse à la fin du mois des 80 ans de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'assuré peut résilier son adhésion à tout moment, en adressant à Cofidis ou à l'assureur une demande, au choix de l'assuré: par lettre ou tout autre support durable; par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur; par acte extrajudiciaire; lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

NOTICE D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE DES EMPRUNTEURS

Valant informations contractuelles et précontractuelles. Extrait des conditions générales du contrat d'assurance des emprunteurs. Contrat d'assurance groupe souscrit par Cofidis auprès de ACM VIE SA et de ACM IARD SA (Réf.16.57.99 - 11/2020)

Assureurs :

ACM VIE SA, Société anonyme au capital de 778 371 392 € - 332 377 597 RCS STRASBOURG - N° TVA FR60332377597 – **ACM IARD SA**, Société anonyme au capital de 201 596 720 € - 352 406 748 RCS STRASBOURG - N° TVA FR87352406748 – Entreprises régies par le Code des assurances. Identifiant REP : FR232229_03XDNB.
Sièges sociaux : 4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 STRASBOURG cedex 9 - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX.

Souscripteur :

Cofidis, Société Anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 67 500 000 € - Siège social : Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley, 59866 Villeneuve d'Ascq Cedex – RCS LILLE Métropole 325 307 106 – Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 023 493 (consultable sur le site www.orias.fr), détenu indirectement à plus de 10 % par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel. L'immatriculation peut être vérifiée auprès de l'ORIAS sur son site internet – www.orias.fr.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE

CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

1. Modalités d'adhésion

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance.

Pour concrétiser votre demande d'adhésion, les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail.

2. Date de prise d'effet de l'adhésion

Le contrat prend effet à la date figurant sur le courrier valant certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'assuré.

3. Preuve du contrat

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat. De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'adhérent.

Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des Assurances).

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des Assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé).

Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des Assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés).

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'adhérent fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des frais, préjudices, emploi comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd le bénéfice des garanties du contrat.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir la personne physique bénéficiaire d'un financement sous la forme d'un crédit renouvelable, et qui a demandé à adhérer au contrat.

Le crédit renouvelable s'entend de l'opération par laquelle le Souscripteur met à disposition de l'assuré une somme d'argent moyennant intérêts et frais sur la partie utilisée. Cette somme est réutilisable au fur et à mesure des remboursements en capital.

L'utilisation de crédit s'entend pour toute utilisation d'argent sur le montant disponible de crédit.

Les utilisations de crédit faisant l'objet de modalités de remboursement spécifiques telles que le paiement comptant ou le paiement en plusieurs fois (Nfois) proposé par un vendeur, ne sont pas couverts par le présent contrat. Ces types d'utilisations ne génèrent donc aucune cotisation d'assurance de la part de l'assuré et ne donnent lieu à aucune indemnisation de la part de l'Assureur.

Par ailleurs, les utilisations faisant l'objet d'un remboursement partiel ou total ne sont pas couvertes par le présent contrat.

Les risques susceptibles d'être couverts sont les suivants : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) et Perte d'Emploi (PE). Les prestations ne peuvent en aucun cas excéder le montant de la dette figurant sur le compte de crédit au jour du sinistre (risque Décès ou PTIA) ou de la date d'arrêt de travail (risque ITT) ou de la date de l'entretien préalable de licenciement (risque PE).

Les sinistres en raison du décès de l'assuré, de la PTIA et de l'ITT sont couverts par l'assureur ACM VIE SA. Le sinistre en raison de la Perte d'Emploi de l'assuré est couvert par l'assureur ACM IARD SA. La société ACM VIE SA est désignée comme la société interlocutrice chargée d'assurer les relations entre les assurés et l'assureur.

2 – PERSONNE ASSUREE

Lorsque l'assurance est conclue en même temps que le crédit, la personne assurée est celle désignée sur l'offre préalable de crédit sous la rubrique « Adhésion à l'assurance facultative ».

Lorsque l'assurance est conclue postérieurement à la date de signature de l'offre de crédit, la personne assurée est celle qui est désignée sur la demande d'adhésion.

En cas d'adhésion par voie téléphonique la personne assurée est celle désignée sur le courrier valant certificat d'adhésion.

3 – CONDITIONS A L'ADHESION

Pour bénéficiaire de la garantie Décès, l'assuré doit, au jour de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, être âgé de moins de 75 ans ;

Pour bénéficiaire des garanties PTIA, ITT et PE, l'assuré doit, au jour de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, être âgé de moins de 65 ans.

4 – PRISES D'EFFET DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DUREE DE L'ADHESION

4.1 Prise d'effet de l'adhésion :

Lorsque l'assurance est conclue en même temps que le crédit, le contrat est conclu, sous réserve du paiement de la première cotisation d'assurance, à la date de réception par Cofidis de la demande d'adhésion au contrat.

Lorsque l'assurance est conclue postérieurement à la date de signature de l'offre de crédit, le contrat est conclu sous réserve du paiement de la première cotisation d'assurance, à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque l'assurance est conclue par voie téléphonique, l'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un courrier valant certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5 – et aux dispositions spécifiques à l'adhésion par voie téléphonique.

Lorsque l'assurance est conclue par voie électronique (web, mobile), l'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à partir de la date de signature électronique de la demande d'adhésion au contrat.

4.2 Prise d'effet des garanties :

Lorsque l'assurance est conclue en même temps que le crédit : les garanties prennent effet à la première utilisation des fonds, sous les réserves suivantes :

- Elles ne peuvent prendre effet avant le terme du délai de renonciation.
- Si la première utilisation des fonds intervient avant l'arrivée du terme du délai de renonciation, la prise d'effet des garanties nécessite l'accord exprès de l'assuré et donnera lieu au paiement de la quote-part de cotisation correspondant à la garantie, y compris en cas d'exercice ultérieur de droit de renonciation. L'accord se manifeste par la demande d'utilisation des fonds.

Lorsque l'assurance est conclue postérieurement à la date de signature de l'offre de crédit : les garanties prennent effet à la date de Prise d'effet de l'adhésion telle que définie à l'article 4.1.

La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 180 jours à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion lorsque l'assurance est conclue en même temps que le crédit ou du jour de la demande d'adhésion au contrat lorsque l'assurance est conclue postérieurement à la date de signature de l'offre de crédit.

4.3 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est annuelle à tacite reconduction jusqu'au terme du crédit, sauf résiliation prévue à l'article 18.

5 – DROIT DE RENONCIATION

5.1. Faculté de renonciation :

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

L'assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Lorsque le contrat a été vendu à distance (art. L 112-2-1 du Code des assurances) l'assuré a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).

La renonciation prend effet au moment de la notification.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de cotisation ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de renonciation. Le cas échéant, l'assureur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de la demande effectuée en ligne.

5.2. Modalités de renonciation :

Pour exercer le droit à renonciation, il suffit d'envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle ci-après : « Je soussigné(e).....(nom, prénom) demeurant(adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'assurance du contrat de crédit n° (n° imprimé) à laquelle j'ai adhéré le, date et signature de l'assuré», à l'adresse suivante : Cofidis - Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley, 59866 Villeneuve d'Ascq Cedex.

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

6 – CESSATION DES GARANTIES

6.1. A l'égard de l'assuré, les garanties cessent, au plus tard :

- pour le risque Décès : à la fin du mois du 80^{ème} anniversaire,
- pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'Emploi :
 - avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause, lorsque ce dernier exerce une activité professionnelle ;
 - en tous les cas, avant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré ;

6.2. Par ailleurs, les garanties cessent également :

- à la date effective de clôture du compte de crédit,
- à la date de déchéance du terme prononcé par Cofidis,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré,
- en cas de défaut de paiement des cotisations par l'assuré, en application des dispositions de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- au jour de réception par Cofidis de la lettre de renonciation au contrat selon modalités précisées à l'article 5,
- en cas de mise en place d'un plan conventionnel « Banque de France » ou d'un plan de redressement judiciaire civil, sauf s'il y a maintien du paiement de la cotisation initiale (loi Neiertz),
- au jour de la résolution ou de l'annulation judiciaire du contrat de crédit.

6.3. Les prestations cessent en cas de cessation des garanties résultant de la déchéance du terme telle que prévue à l'article 6.2.

Les prestations cessent également pour les garanties :

- Incapacité Temporaire Totale de Travail : selon les conditions prévues à l'article 8.2.2,
- Perte d'Emploi : selon les conditions prévues à l'article 8.3.3.

7 – BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Cofidis est le bénéficiaire des indemnités de l'assurance.

Le présent contrat d'assurance n'entraîne aucune subrogation de l'assureur dans le paiement des échéances du crédit dû par l'assuré à Cofidis. L'assuré est tenu de respecter ses engagements vis-à-vis de Cofidis et reste tenu en vertu du contrat de crédit envers son prêteur.

8 – DEFINITION DES GARANTIES

8.1. Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

8.1.1 Nature du risque (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

8.1.2 Montant indemnisé (Décès/PTIA)

L'assureur intervient pour le remboursement du montant du crédit restant dû au jour du décès en cas de décès de l'assuré avant la fin du mois de son 80^e anniversaire, déduction faite des éventuelles utilisations exclues et des versements éventuels intervenus au titre de l'ITT.

L'assureur intervient pour le remboursement du montant du crédit restant dû au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré, déduction faite des éventuelles utilisations exclues, lorsque cet état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survient :

- avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause, lorsque ce dernier exerce une activité professionnelle ;
- en tous les cas, avant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré ;

L'état d'invalidité donnant lieu à PTIA sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

Cependant, sera automatiquement considéré en PTIA l'assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^e catégorie.

Le paiement par l'assureur des sommes dues au titre de cette garantie met fin à l'adhésion.

8.2. Incapacité Temporaire Totale de Travail supérieure à 90 jours (ITT)

8.2.1 Nature du risque

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel ou incapable de se livrer à ses occupations de la vie quotidienne et contraint d'observer un repos complet (c'est-à-dire hospitalisation ou obligation de garder la chambre) pour l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre.

8.2.2 Montant indemnisé

L'assureur prend en charge le paiement des mensualités du crédit lorsque l'assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- avant la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause, lorsque ce dernier exerce une activité professionnelle ;
- en tous les cas, avant le 65^{ème} anniversaire de l'assuré ;

Si l'assuré a la qualité d'assuré social, il doit bénéficier des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou d'un organisme assimilé.

L'indemnisation débute après une période appelée délai de franchise qui est la durée minimale de l'interruption temporaire de travail pour pouvoir prétendre à une prise en charge. Elle est de **90 jours consécutifs à partir du premier jour d'arrêt de travail**. Pendant cette période, les mensualités restent à la charge de l'assuré.

L'assureur prend en charge, les mensualités en cours au moment de l'ITT, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs sollicités.

La dette prise en compte correspond à la dette à l'égard de Cofidis au premier jour de l'ITT déduction faite des éventuelles utilisations exclues.

Toutefois, la durée de prise en charge ne peut excéder la durée de remboursement de la dette telle que définie ci-dessus en tenant compte de la mensualité remboursée et du taux d'intérêt appliqué.

La prise en charge se poursuit jusqu'à ce que l'assuré soit reconnu apte à exercer une activité professionnelle ou apte à se livrer à ses occupations quotidiennes sans être contraint d'observer un repos complet, même partiellement, et sous réserve que les justificatifs de prolongation de l'incapacité de travail soient fournis tous les mois.

L'assureur est susceptible d'effectuer un contrôle médical pour apprécier la réalisation du risque ITT.

Si l'assuré ne remplit pas, au jour du sinistre, les conditions nécessaires pour être couvert par la garantie PE, l'indemnisation débute dès le 31^e jour d'ITT, dès lors que l'assuré aura atteint 90 jours consécutifs d'arrêt de travail.

La prise en charge cesse de plein droit à la survenance du premier des événements suivants :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé ;
- la reprise même partielle d'une activité par l'assuré et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par la Sécurité Sociale ou un organisme social assimilé ;
- a consolidation de l'état de santé de l'assuré ;
- à la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général ;
- en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
- au jour de la résolution ou de l'annulation judiciaire du contrat de crédit.

En cas de rechute due à une affection ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge par l'assureur, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise si la durée de la reprise du travail est inférieure à 60 jours.

Il ne peut y avoir cumul entre les prestations ITT et PE.

8.3. Perte d'Emploi supérieure à 90 jours (PE)

8.3.1 Délai de carence

La garantie Perte d'Emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 180 jours calculée à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion telle que définie à l'Article 4.1. Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quels que soient la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

8.3.2. Nature du risque

L'assuré salarié détenteur d'un CDI le jour son licenciement percevant l'une des allocations chômage prévues aux articles L 5422-1 et suivants du Code du travail, ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, est susceptible de bénéficier de la garantie Perte d'Emploi définie ci-après.

Sont également considérées comme périodes de chômage, les périodes donnant lieu à versement par la Sécurité Sociale de prestations en espèces en cas de maladie ou d'accident, entraînant une suspension du versement de l'allocation par le Pôle Emploi ou organisme assimilé.

8.3.3. Montant indemnisé

Lorsque l'assuré bénéficie de la garantie Perte d'Emploi, l'assureur prend en charge, les mensualités en cours au moment de l'entretien préalable de licenciement, sous réserve de la présentation de l'ensemble des justificatifs sollicités.

La dette prise en compte correspond à la dette à l'égard de Cofidis au jour de l'entretien préalable de licenciement.

Toutefois, la durée de prise en charge ne peut excéder la durée de remboursement de la dette telle que définie ci-dessus en tenant compte de la mensualité remboursée et du taux d'intérêt appliqué.

Cette indemnité est versée après une période de franchise de 90 jours pendant 15 mois au maximum pour un même licenciement et cesse dans tous les cas en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage visées au 8.3.2. ou en cas de reprise

partielle ou totale d'une activité professionnelle.

Le calcul du délai de franchise de 90 jours débute à compter du premier jour d'indemnisation par le Pôle Emploi ou l'organisme assimilé

Une nouvelle période de perte d'emploi ne peut être indemnisée, qu'après application d'un nouveau délai de franchise, et qu'à l'issue d'une reprise d'activité professionnelle rémunérée **d'au moins 9 mois consécutifs** sous contrat à durée indéterminée auprès d'un même employeur depuis la fin de la première période indemnisée.

La prise en charge cesse également à la survenance du premier des événements suivants :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé ;
- en cas d'interruption du versement des allocations d'assurance chômage ;
- à la liquidation de la retraite de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré a atteint l'âge fixé par la loi pour l'acquisition de la retraite à taux plein du régime général ;
- au jour de la résolution ou de l'annulation judiciaire du contrat de crédit.

8.3.4. Révision des dispositions de la garantie Perte d'Emploi

En cas de modification des règles actuelles du Pôle Emploi ou de l'organisme assimilé et en fonction de l'évolution des risques, l'assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions d'adhésion et d'indemnisation de la garantie Perte d'Emploi.

Dans ce cas, les conditions d'information et de résiliation mentionnées à l'article 15 sont applicables.

9 – LIMITE DES GARANTIES

L'ensemble des prestations que l'assureur peut être amené à verser dans le cadre d'un même crédit ne peut excéder le montant total du crédit accordé par Cofidis.

Les éventuelles augmentations de mensualités intervenant après la date du sinistre sont sans effet sur le montant des prestations versées.

10 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois les prestations pour Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de Travail ne seront versées que pour les périodes d'incapacité constatées médicalement en France. Le sinistre sera considéré être intervenu au plus tôt au jour de la constatation médicale par l'assureur de l'état de santé de l'assuré sur le sol français, de ce fait, pour l'ITT cette date sera le point de départ du délai de franchise.

11 – RISQUES EXCLUS

11.1 Risques exclus au titre de chaque utilisation :

11.1.1. Au titre de l'ensemble des garanties

Tous les risques sont garantis à l'exclusion :

- du risque de guerre lorsqu'elle est déclarée par le Parlement dans les formes de l'alinéa 1er de l'article 35 de la Constitution ;
- du suicide avant un an d'assurance ;
- des modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes.

11.1.2. Les risques exclus communs au Décès, à la PTIA et à l'ITT

- les affections suivantes survenues et connues de l'assuré à la date de l'utilisation :

- affections cardiaques,
- hypertension artérielle et veineuse,
- diabète,
- asthme,
- maladie tumorale ou cancéreuse,
- atteinte discale ou vertébrale : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale.

11.1.3. Exclusion au titre de la garantie PTIA

Si au jour de l'utilisation du crédit, l'assuré est en état de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité permanente l'empêchant d'exercer une activité professionnelle au jour de l'utilisation du crédit, il ne peut bénéficier du paiement du capital par anticipation au titre de la garantie PTIA.

11.1.4. Exclusion au titre la garantie ITT

Si au jour de l'utilisation du crédit, l'assuré est en arrêt de travail ou l'a été pendant 30 jours consécutifs au cours des derniers 180 jours, il ne peut bénéficier de la garantie ITT qu'après une reprise effective de travail continue de 180 jours entre l'arrêt de travail au jour de l'utilisation du crédit et l'arrêt de travail dont la prise en charge est demandée.

11.2. Sont exclus les sinistres consécutifs aux événements suivants :

11.2.1. Au titre des garanties Décès, PTIA et ITT :

- le sinistre qui survient alors que l'assuré :

- conduit un véhicule en présentant un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L234-1 du Code de la route et relevant des délits (soit 0,8 g/litre au 01/01/2004),
- a fait l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- les conséquences des faits de guerres, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats ou d'actes de terrorisme, dans lesquels l'assuré est impliqué en qualité d'auteur ou de complice, ou auxquels il a apporté son soutien direct ou indirect de quelque manière que ce soit. Les gendarmes, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- les conséquences d'accidents de navigation aérienne dans le cadre de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, vols sur U.L.M, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non approuvés au regard de la réglementation européenne, vols sur deltaplanes et parapentes, et vols sur tout engin non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- les conséquences de l'utilisation de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse,

11.2.2. Au titre des garanties PTIA et ITT :

- les affections psychiatriques, psychiques ou neuropsychiques dont les états dépressifs quelle que soit leur nature,
- les exclusions visées à l'article L113-1 du Code des assurances (accidents, blessures, maladies ou mutilations volontaires).

11.2.3. Les risques exclus spécifiques à la Perte d'Emploi :

Sont exclues les périodes de chômage consécutives à :

- aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité,
- aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers),
- au chômage partiel,
- au licenciement pour lequel l'assuré était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion,
- au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'assuré était prévenu au moment de la demande d'adhésion,
- au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant la demande d'adhésion,
- à une démission, ou une rupture conventionnelle même prise en charge par le Pôle Emploi,
- à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai,
- à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'assuré est dispensé de rechercher un emploi,
- aux licenciements atteignant le conjoint ou les enfants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.
- la perte d'emploi non indemnisée ou indemnisée partiellement par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé.

12 - OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour l'ensemble des garanties, les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire, ne s'imposent pas à l'assureur.

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'assuré (ou ses ayants droits) doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaires.

Sous réserve de la législation applicable au pays, l'assuré donne mandat à l'assureur en vue

d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre.

Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...).

L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix et de produire les conclusions de ce médecin.

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance l'assuré en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

13 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et l'assuré, les deux parties peuvent choisir un médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise d'arbitrage et supporteront pour moitié les honoraires de ce médecin.

14 – PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des Assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Causes d'interruption de la prescription :

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

Aux termes de l'article L 114-2 du Code, 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 adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code civil.

15 – COTISATIONS

Les cotisations sont payables par l'assuré en même temps que les échéances de son crédit.

L'assurance est accordée sous réserve du paiement des cotisations.

Le taux de cotisation mensuel TTC est exprimé en pourcentage du montant total dû (capital + intérêts). Ce taux est indiqué dans l'offre préalable de crédit ou si l'adhésion est postérieure à l'ouverture du crédit, dans le bulletin d'adhésion à l'assurance ou dans le courrier valant certificat d'adhésion en cas d'adhésion par voie téléphonique.

Le montant de la cotisation est révisable chaque année pour l'ensemble des assurés en fonction de l'évolution globale des risques du portefeuille (sinistralité, équilibre technique du portefeuille, évolution de la législation ou réglementation).

En cas de modification du montant, l'assuré en sera informé au plus tard 3 mois avant la révision.

S'il le souhaite, il pourra alors résilier son contrat en adressant un courrier au Souscripteur.

En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe, l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation pourra être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.

L'éventuelle cessation pour l'assuré des garanties PTIA, ITT ou PE ne donne lieu à aucune modification du taux de cotisation qui reste constant pendant toute la durée de l'assurance. La part de la cotisation afférente à ces garanties est affectée, après leur date limite de fin, au seul risque Décès pour compenser l'aggravation de ce risque du fait de l'âge.

16 – REGLEMENTS DES PRESTATIONS

16.1. Formalités de déclaration

La demande doit se faire auprès de Cofidis par téléphone, par courrier ou par voie électronique dès connaissance du sinistre. Les pièces suivantes sont à remettre à Cofidis pour la constitution du dossier.

L'assuré a la possibilité d'envoyer ces documents, sous pli fermé et confidentiel médical à Service Médical ACM – Sinistres ADE - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL CEDEX 09.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs ou questionnaires complémentaires.

En cas de décès

- acte de décès de l'assuré,
- formulaire de déclaration « certificat médical de décès » indiquant la cause du décès,
- en cas de décès accidentel : tout document précisant l'origine et les circonstances, notamment procès-verbal de police, de gendarmerie, coupure de presse.

Lorsque ces documents sont en langue étrangère, ils devront être traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- notification de mise en invalidité émanant de l'organisme social auquel est affilié l'assuré (s'il y a lieu),
- formulaire de déclaration « attestation médicale d'incapacité-invalidité » indiquant la nature des affections ayant motivé la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la date de survenance, la date de leur première constatation médicale, ainsi que le taux de l'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

- formulaire de déclaration « attestation médicale d'incapacité-invalidité » indiquant la nature des affections ayant entraîné l'incapacité ainsi que la date de leur première constatation médicale,
- si l'assuré est assujéti à la Sécurité Sociale :
 - les décomptes d'indemnités journalières et sur demande de l'assureur, un certificat médical,
- si l'assuré n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale :
 - un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'assuré précisant la nature de la maladie ou de l'accident, sa durée probable et l'impossibilité totale de travail qui en

INFORMATIONS LEGALES

Droit et langue applicables : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation avec l'adhérent se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de ACM VIE SA, ACM IARD SA et Cofidis est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Vos données personnelles

1. Le traitement de vos données personnelles

1.1 Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

résulte pendant cette période ou l'obligation d'observer un repos complet pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au moment de l'ITT ; ce certificat doit être renouvelé au moins tous les 60 jours,

– ou tout document émanant d'un organisme obligatoire et portant sur l'incapacité totale.

- en cas d'incapacité de travail, une attestation de l'employeur ou de la Sécurité Sociale (si l'assuré est salarié) ou du médecin traitant (si l'assuré n'est pas salarié ou n'exerce pas d'activité professionnelle) précisant les arrêts de travail éventuels intervenus durant les 6 mois précédant l'utilisation du crédit.

L'assureur se réserve le droit de faire pratiquer une expertise médicale à tout moment.

En cas de Perte d'Emploi

- copie de la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi ou de l'organisme assimilé,
- décomptes d'allocations du Pôle Emploi ou de l'organisme assimilé, ou les décomptes d'allocations versées au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, copie de la lettre de licenciement.

16.2. Délai de déclaration

L'arrêt de travail ou la perte d'emploi doivent être déclarés à l'assureur par l'assuré dans les 180 jours suivant sa survenance, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 16.1. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

17 – DUREE DE VALIDITE DE L'OFFRE D'ASSURANCE

La durée de validité de l'offre d'assurance est identique à la durée de validité indiquée dans le contrat de crédit.

18 – RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut résilier son adhésion à tout moment, en adressant au souscripteur ou à l'assureur une demande, au choix de l'assuré :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège sociale ou chez le représentant de l'assureur ;
- par acte extrajudiciaire ;
- lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication

19 – FRAIS LIES À LA COMMERCIALISATION

L'assuré ne peut recevoir aucune indemnité de remboursement liée aux frais de connexion sur le site internet de Cofidis, aux coûts des appels téléphoniques, aux frais d'impression des documents contractuels, ni aux frais d'affranchissement pour l'envoi de documents à Cofidis.

20 – CONVENTION DE PREUVE

Les parties au contrat acceptent que les données électroniques conservées par l'assureur soient admises comme preuves des opérations d'assurance. Les données fournies par l'utilisateur sur le site internet www.cofidis.fr ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties. Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention. Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Elles peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

1.2 A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et Co assureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont, le cas échéant, transmises à l'administration française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

1.3 Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4 Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits dont vous disposez

2.1 De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

2.2 Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

2.3 En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Communication d'informations par voie électronique

Si l'assuré a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'assuré dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

Réclamation : En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au Responsable des relations consommateurs – ACM VIE SA - 4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg cedex 9. Nous nous engageons à en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables. Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Information relative au règlement en ligne des litiges :

Si votre contrat a été souscrit en ligne, la Commission Européenne a mis en place une plateforme européenne de RLL (Règlement en Ligne des Litiges) facilitant le règlement indépendant par voie extrajudiciaire des litiges en ligne entre consommateurs et professionnels.

Vous pouvez accéder à cette plateforme à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Médiation : Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi de la réclamation d'un particulier. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges et réponse définitive de l'assureur, à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges opposant un particulier à l'assureur sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.