

# Demande de souscription à Prévoyance Hospitalisation

À retourner sous enveloppe suffisamment affranchie à : **FINAREF - AUTORISATION 20017 - 59079 ROUBAIX CEDEX 2**

**OUI, je demande, en tant que Souscripteur, à souscrire au contrat Prévoyance hospitalisation,**

qui garantit le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, à une maladie ou à une maternité dans les conditions et limites prévues aux Conditions générales d'assurance valant Notice d'information ci-jointes.

## Je choisis mes garanties

À partir de  
**5,60€**  
SEULEMENT  
par mois

<input type="checkbox"/> 15 € par jour d'hospitalisation	COTISATIONS MENSUELLES			
<input type="checkbox"/> Cochez les cases correspondantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age du souscripteur	18-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans
<input type="checkbox"/> Souscripteur	5,60 €	6,30 €	7,70 €	10,20 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint	10,08 €	11,34 €	13,86 €	18,36 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + enfants	8,20 €	8,90 €	10,30 €	12,80 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint + enfants	12,68 €	13,94 €	16,46 €	20,96 €

<input type="checkbox"/> 25 € par jour d'hospitalisation	COTISATIONS MENSUELLES			
<input type="checkbox"/> Cochez les cases correspondantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age du souscripteur	18-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans
<input type="checkbox"/> Souscripteur	9,30 €	10,50 €	12,80 €	17,00 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint	16,74 €	18,90 €	23,04 €	30,60 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + enfants	13,63 €	14,83 €	17,13 €	21,33 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint + enfants	21,07 €	23,23 €	27,37 €	34,93 €

<input type="checkbox"/> 35 € par jour d'hospitalisation	COTISATIONS MENSUELLES			
<input type="checkbox"/> Cochez les cases correspondantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age du souscripteur	18-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans
<input type="checkbox"/> Souscripteur	13,10 €	14,70 €	18,00 €	23,80 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint	23,58 €	26,46 €	32,40 €	42,84 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + enfants	19,17 €	20,77 €	24,07 €	29,87 €
<input type="checkbox"/> Souscripteur + conjoint + enfants	29,65 €	32,53 €	38,47 €	48,91 €

JE RECONNAIS avoir reçu, pris connaissance des Conditions générales d'assurance valant Notice d'information du contrat Prévoyance hospitalisation, ainsi que de la Fiche Conseil et les accepter dans leur intégralité.

JE RECONNAIS disposer d'une faculté de renonciation dans les conditions indiquées au contrat. Le présent contrat est renouvelable annuellement par tacite reconduction.

Je DECLARE que le contrat Prévoyance hospitalisation répond à mes besoins en cas d'hospitalisation.

Je DECLARE au jour de la souscription que tous les Assurés désignés ci-dessus (sauf les Enfants assurés) satisfont aux conditions d'admission cumulatives, à savoir : être majeur, être âgé(e) de moins de 61 ans, et résider en France.

**Conformément au Code des assurances, je reconnais que toute omission, fausse déclaration ou réticence intentionnelle entraîne la nullité de mon contrat d'assurance.**

Je DECLARE également être informé que la fourniture à l'Assureur des données à caractère personnel demandées par ce dernier est obligatoire car

## Je précise les personnes à assurer

### SOUSCRIPTEUR :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Ville : .....

Date de naissance <sup>(1)</sup>: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Téléphone : [ ]

Adresse électronique : .....@.....

**CONJOINT OU CONCUBIN(E) :**  M.  Mme  Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance <sup>(1)</sup>: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**ENFANT(S) MINEUR(S) (âgé(s) de plus de 30 jours et de -18ans) :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(à compléter sur papier libre si vous avez plus de 3 enfants)

**-20% sur la cotisation du 2ème assuré**

en cas de souscription couple (réduction déjà calculée dans le tableau ci-contre)

<sup>(1)</sup> Age limite à la souscription : 60 ans inclus

indispensable à la prise en compte de la demande de souscription au présent contrat ainsi qu'à la gestion du contrat et de tout sinistre.

Les informations recueillies par l'Assureur, en tant que responsable du traitement, lors de la souscription du contrat ou à l'occasion du traitement d'un sinistre seront utilisées pour la gestion et l'exécution du contrat.

J'ACCEPTÉ expressément, sauf opposition formelle de ma part -les frais de timbres étant alors remboursés sur simple demande-, que tout ou partie de ces informations soient également utilisées à des fins de prospection commerciale et d'exploitation marketing par :

- l'Assureur lui-même, ses mandataires et ses partenaires contractuels,
- le Courtier distributeur.

Je peux m'opposer au traitement des données me concernant, y accéder ou les faire rectifier dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, par courrier adressé à : CACI Gestion des Contrats Prévoyance, BP 30136, 59564 La Madeleine Cedex.

**Je bénéficie de deux mois gratuits d'assurance suivant la prise d'effet de ma souscription. Je ne paie donc rien aujourd'hui mais j'indique dès maintenant mon mode de règlement.**

Paiement mensuel par carte

N° .....

Prélèvement automatique sur mon compte bancaire. Je joins un RIB et l'autorisation de prélèvement complétée.

Date :

Signature du souscripteur : (obligatoire)

# Prévoyance Hospitalisation

## FICHE CONSEIL

L'assurance Prévoyance Hospitalisation vous est proposée par la Société FINAREF ASSURANCES SAS. La Société Finaref Assurances SAS - 6, rue Emile Moreau, 59100 ROUBAIX - est une société de courtage d'assurance immatriculée en qualité de courtier au Registre des Intermédiaires en Assurance sous le n° 07 006 016, consultable sur le site de l'ORIAS [www.orias.fr](http://www.orias.fr). En matière de contrats individuels d'assurance couvrant l'hospitalisation suite à un accident, une maladie ou une maternité, la Société Finaref Assurances propose principalement les contrats d'assurance de Finaref Risques Divers. Il peut vous être communiqué, par courrier, à votre demande, le nom des autres entreprises d'assurance avec lesquelles Finaref Assurances travaille. Finaref Assurances et Finaref Risques Divers font partie du Groupe Crédit Agricole qui détient plus de 10% de leur capital social. Pour toute information ou réclamation liée à l'activité d'intermédiation en assurance de la société Finaref Assurances, son service client est à votre disposition : Finaref Assurances, Gestion Assurances, BP 90087 – 59052 Roubaix Cedex 1. Pour l'activité d'intermédiaire en assurance, la société Finaref Assurances relève de l'Autorité de Contrôle Prudentiel: 61 rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09. Les besoins du client en terme de couverture individuelle Prévoyance Hospitalisation sont de bénéficier du versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie ou une maternité. Le client a le choix entre trois montants d'indemnité journalière. L'indemnité journalière choisie est doublée si l'hospitalisation est consécutive à un accident. Le client peut adhérer jusqu'à son 60ème anniversaire. La garantie cesse, au plus tard, à la date de son 75ème anniversaire. L'assurance Prévoyance Hospitalisation constitue une solution adéquate au regard des besoins exprimés ci-dessus.

Les événements garantis et les conditions de garantie sont indiqués dans les Conditions Générales valant notice d'information du contrat désigné ci-jointes. FINAREF ASSURANCES SAS, au capital de 264 586 €, Siège social : 6 rue Emile Moreau, 59100 Roubaix, 322 150 269 RCS ROUBAIX-TOURCOING, Société de courtage d'assurance, inscrite à l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires d'Assurance) sous le numéro 07 006 016 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

## CONDITIONS GÉNÉRALES D'ASSURANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION

### Préambule / Lexique

La présente offre d'assurance, de nature commerciale, est valable pour une durée de 6 mois à compter de sa réception par le client sous réserve d'acceptation de la souscription par l'Assureur au moyen de son enregistrement tel qu'indiqué ci-après. Elle est opposable au Souscripteur, à tout Assuré ainsi qu'à tout tiers se prévalant du présent contrat.

L'Assureur et le Courtier distributeur du présent contrat font partie du groupe Crédit Agricole.

La langue française est utilisée pour le présent contrat.

«**Souscripteur**» : le souscripteur du contrat est la personne physique désignée comme tel aux conditions particulières du contrat, et qui a donné son consentement à l'assurance. A la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 61 ans et résider en France.

«**Assuré (s)**» : L(es) assuré(s) au titre du présent contrat d'assurance est(sont) la(es) personne(s) physique(s) désignée(s) comme tel aux conditions particulières du contrat conformément aux options suivantes :

- le Souscripteur,
- ou le Souscripteur et le 2ème assuré,
- ou le Souscripteur et les Enfants assurés,
- ou le Souscripteur, le 2ème assuré et les Enfants assurés.

«**2ème assuré**» : désigne la personne physique ayant la qualité, lors de la souscription du contrat, de conjoint ou concubin du Souscripteur, désirant être assuré sur le même contrat et désignée « 2ème assuré » aux conditions particulières du contrat. A la souscription du contrat, il doit être majeur, âgé de moins de 61 ans et résider en France.

«**Enfants assurés**» : désigne les enfants à charge du Souscripteur, âgés de plus de 30 jours et de moins de 18 ans, que ce dernier souhaite assurer sur le même contrat et désignés comme « Enfants assurés » aux conditions particulières du contrat. Si à la souscription le Souscripteur a choisi d'assurer ses enfants, tous ses autres enfants à charge nés après la date d'effet du contrat, durant la période de validité du contrat, le seront automatiquement dès qu'ils seront âgés de plus de 30 jours.

«**Assureur**» : Finaref Risques Divers.

«**Courtier distributeur**» : Finaref Assurances.

«**Accident**» : atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie. Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie et autres affections similaires.

«**Maladie**» : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

«**Hospitalisation**» : séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une Maladie, d'un Accident, ou d'une maternité.

«**Souscription à distance**» : La Souscription à distance désigne la souscription du présent contrat d'assurance réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

## I- LES GARANTIES

Les garanties telles qu'ici proposées le sont afin de couvrir, dans les conditions et limites du présent contrat, les besoins de protection du Souscripteur et de ses proches en cas d'Hospitalisation.

### I-1. Quel est l'objet du contrat ?

En cas d'Hospitalisation d'un Assuré, Prévoyance Hospitalisation garantit le versement d'une indemnité journalière par jour d'Hospitalisation.

- Cette indemnité journalière est versée dès le 1er jour d'Hospitalisation si celle-ci est consécutive à un Accident, une Maladie ou à une maternité et qu'elle dure au moins une nuit.
- L'Assureur garantit le versement d'un maximum de 730 indemnités journalières au titre d'une ou plusieurs Hospitalisations ayant pour cause un même Accident, ou une même Maladie, ou une même maternité.

### I-2. Quel est le montant de l'indemnité journalière ?

- Le montant de l'indemnité journalière choisi et souscrit par le Souscripteur est indiqué aux conditions particulières de son contrat.
- En cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident, le montant de l'indemnité journalière garanti est doublé.

### I-3. A qui l'indemnité journalière est-elle versée ?

Les prestations sont systématiquement versées au Souscripteur, quel que soit l'Assuré hospitalisé.

### I-4. Quelle est l'étendue territoriale des garanties ?

Les garanties de Prévoyance Hospitalisation s'exercent dans le monde entier. Toutefois, le paiement des prestations s'effectuera en France et en Euros.

### I-5. Quels sont les événements non garantis par le contrat ?

- Sont exclues les hospitalisations intervenues dans les 3 mois suivant la date d'effet du contrat quand elles sont consécutives à une maladie ainsi que les hospitalisations survenues pendant une période de suspension de la garantie ;
- Sont exclues de la garantie du contrat les hospitalisations consécutives :
  - au suicide ou à la tentative de suicide ;
  - à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou substances analogues ou médicaments non prescrits médicalement ;
  - au fait intentionnel ou dolosif de l'Assuré ;
  - à une guerre civile ou étrangère, ou la participation à des actions ayant pour but de porter atteinte aux personnes ou aux biens, à un duel, à une rixe (sauf cas de légitime défense) ;
  - à une explosion atomique ou aux effets directs ou indirects de la radioactivité ;
  - à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui sanctionné par la loi régissant la circulation automobile française ;
  - à la pratique d'un sport aérien, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, de l'alpinisme, d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou engin à moteur ;
  - à une grossesse dont le début se situe avant la date d'effet du contrat ;
  - aux asthénies, états dépressifs et affections psychiatriques.
- Ne sont pas garanties les hospitalisations effectuées dans le cadre :
  - de l'hospitalisation à domicile ;
  - d'un bilan de santé, de traitements esthétiques ;
  - de cures de désintoxication ou de sommeil ;
- Ne sont pas garanties les hospitalisations effectuées au sein :
  - d'établissements ou services psychiatriques, thermaux, climatiques, diététiques ;
  - d'établissements et centres héliomarins, d'hospices de personnes âgées, d'établissements ou services de gérontologie et gériatrie ;
  - d'établissements et maisons de santé médicales, de retraite,
  - d'établissements ou services de convalescence, de repos, de plein air ;
  - d'établissements et services de rééducation professionnelle, de réadaptation fonctionnelle et motrice.
- Ne sont pas garantis les séjours effectués dans un centre de thalassothérapie.

## II - LA VIE DU CONTRAT

### II-1. Modes de souscription

**Le client souhaitant s'assurer peut souscrire au présent contrat selon les modalités proposées et mises à sa disposition par le Courtier distributeur parmi lesquelles : souscription par écrit sur support papier, par téléphone avec enregistrement, ou par Internet.**

### II-2. Convention sur la preuve

**Par dérogation à l'article 1341 du Code civil, les parties conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l' Assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature par le Souscripteur et lui seront opposables ainsi qu'aux Assurés, et pourront être admis comme preuves de son identité (ou de celle de l'Assuré) et de son consentement relatif à la souscription du présent contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.**

### II-3. Quand et pour combien de temps le contrat est-il conclu et prend-il effet ?

La souscription à l'assurance se fait lorsque le Souscripteur, ayant reçu et pris connaissance des Conditions Générales valant Notice d'information d'une part, et ayant vérifié que les Assurés satisfont aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance. Le contrat est conclu et prend effet dès l'expression du consentement du Souscripteur dans les conditions visées ci-dessous :

- en cas de souscription par écrit sur support papier, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur, à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par le Souscripteur ; ou
- en cas de souscription sur Internet, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur, à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par le Souscripteur au moyen de la procédure de souscription électronique accessible sur le site Internet du Courtier distributeur; ou
- en cas de souscription à l'assurance par téléphone, dès l'enregistrement de l'accord verbal du Souscripteur à la souscription du contrat d'assurance le jour de l'entretien téléphonique enregistré avec son consentement.

Cette date d'effet est indiquée aux conditions particulières.

**Le Souscripteur doit avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales valant Notice d'Information avant la conclusion du contrat. Sauf disposition contraire indiquée aux conditions particulières, le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet et se renouvellera ensuite par tacite reconduction, d'année en année, à chaque échéance anniversaire, sans intervention de la part du Souscripteur ni de l'Assuré.**

### II-4. Peut-on renoncer au contrat ?

Le Souscripteur, qu'il ait fait l'objet de démarchage ou non, dispose d'une faculté de renonciation de 30 jours à compter de la date de conclusion du contrat (ou de réception des Conditions Générales valant Notice d'Information si celle-ci est postérieure), période pendant laquelle le (les) Assuré(s) bénéficie(nt) néanmoins gratuitement des garanties du présent contrat.

En cas de souscription par téléphone, le Souscripteur sera informé lors de l'enregistrement téléphonique de la prise d'effet immédiate du contrat, sa faculté de renonciation débutant et perdurant comme indiqué ci-dessus.

Pour renoncer au contrat, le Souscripteur devra adresser à l'Assureur (à l'adresse mentionnée dans l'encadré ci-dessous) une Lettre Recommandée avec Accusé Réception rédigée selon le modèle suivant : « Madame, Monsieur, je, soussigné(e), (Nom, Prénom) vous informe par la présente de mon souhait de renoncer au contrat Prévoyance Hospitalisation n°XXX, souscrit le XX/XX/XXXX. Date. Signature ».

Les garanties prendront alors rétroactivement fin à l'égard de tous les Assurés dès réception de la lettre et le Souscripteur sera alors remboursé de l'intégralité des cotisations éventuellement réglées, déduction faite des éventuelles prestations déjà versées par l'Assureur.

## II-5. Quel est le montant des cotisations ?

- Le montant des cotisations est calculé en fonction du montant de l'indemnité journalière souscrite, du nombre d'Assurés et de la tranche d'âge dans laquelle le Souscripteur se situe à la date d'effet du contrat.
  - Le montant des cotisations à la date d'effet du contrat est indiqué dans les conditions particulières du contrat.
- Par la suite il n'évolue pas en fonction de l'âge du Souscripteur.
- Le montant des cotisations pourra néanmoins être réajusté, notamment si l'Assureur devait modifier le barème de cotisations de l'ensemble des contrats de même nature. Ce ne serait qu'à la date de renouvellement du contrat du Souscripteur que sa cotisation serait réajustée sur le nouveau barème en vigueur. Le Souscripteur pourrait alors refuser cette augmentation en résiliant son contrat par simple lettre adressée aux services de l'Assureur, dans les conditions indiquées au paragraphe II-8 ci-dessous.

## II-6 Quels sont les modes de paiement des cotisations ?

Les cotisations d'assurance sont à la charge du Souscripteur.  
Les cotisations, payables mensuellement et d'avance, sont collectées par le Courtier distributeur au moyen du mode de paiement choisi par le Souscripteur lors de la souscription parmi ceux proposés et mis à sa disposition par le Courtier distributeur.

## II-7. Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?

Si une cotisation mensuelle n'était pas payée dans les 10 jours suivant la date de son échéance, l'Assureur préviendrait le Souscripteur, par lettre recommandée de mise en demeure, des conséquences du non-paiement de ses cotisations mensuelles.

Si 40 jours après l'envoi de cette lettre, les cotisations mensuelles échues ou à échoir dans ce délai n'étaient toujours pas payées dans leur intégralité, son contrat Prévoyance Hospitalisation serait résilié.

## II-8. Dans quels cas le contrat cesse-t-il ?

- Résiliation du contrat par le Souscripteur : Le Souscripteur peut, par simple lettre envoyée à l'adresse indiquée ci-après ou par téléphone, mettre fin à tout moment à son contrat. Celui-ci cessera le 5 du mois suivant la dernière échéance payée.
- Résiliation du contrat par l'Assureur:
  - en cas de non-paiement des cotisations,
  - **en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat.**
- Résiliation du contrat de plein droit :
  - **à l'échéance anniversaire du contrat qui suit le 75ème anniversaire du Souscripteur.**

**En toute hypothèse, les garanties prennent fin à la date de cessation, quelque en soit la cause, du contrat.**

## II-9. Que faut-il faire pour percevoir les prestations ?

Le règlement des indemnités journalières interviendra dans les 15 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives et l'accord des parties au contrat. Il faut adresser à l'Assureur les pièces suivantes :

- dans les 15 jours suivant l'entrée à l'hôpital :
  - le questionnaire médical qui sera fourni par l'Assureur dûment complété;
- pendant le séjour, s'il est supérieur à 30 jours :
  - un bulletin de situation hospitalière tous les quinze jours ;
- au plus tard dans les 3 mois suivant la sortie de l'hôpital :
  - le bulletin de sortie, mentionnant clairement les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l'Assuré concerné a séjourné ;
- en outre, si l'Hospitalisation est consécutive à un Accident :
  - une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident ;
  - les preuves de l'Accident (comme par exemple : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, constat amiable, coupures de journaux).

Tout document à caractère médical pourra être envoyé avec la mention «Pli confidentiel» ou «secret médical», directement à l'attention du médecin conseil de l'Assureur à l'adresse suivante : CACI Gestion - Médecin Conseil – BP 30136 – 59564 La Madeleine Cedex.

**L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de demander à l'Assuré de se soumettre à toute expertise médicale nécessaire pour apprécier le bien fondé de la demande de prestation. Le versement éventuel de prestations est subordonné à la réalisation de ces opérations d'expertise. En conséquence tout refus de l'Assuré de cette expertise entraînera la suspension du versement des prestations jusqu'à la réalisation effective des actes d'expertise.**

## II-10. Nullité de la souscription

Conformément au Code des Assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration affectant les Assurés et portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre, respectivement connus du Souscripteur et/ou de l'Assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l' (les) expose aux sanctions prévues par le Code des Assurances, c'est-à-dire la nullité du contrat ou la réduction de la prestation versée par l'Assureur (articles L113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

## II-11. Déchéance du droit à indemnisation

La déclaration d'un sinistre plus de 6 mois après sa date de survenance sera sanctionnée par la déchéance du droit à indemnisation de l'Assuré, si l'Assureur établit que ce retard lui a causé un préjudice.

## II-12. Examen des réclamations

En cas de réclamation relative à l'exécution du contrat, l'Assuré pourra contacter CACI Gestion – BP 30136 – 59564 La Madeleine Cedex.

Si un désaccord subsiste, l'Assuré a la faculté de s'adresser à un médiateur indépendant dont CACI Gestion lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées.

Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

## II-13. Généralités

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code français des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du jour où l' Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où l'intéressé en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi - par l'Assureur ou l'Assuré à l'autre partie - d'une lettre recommandée avec avis de réception.

Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régis par la loi française à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Les juridictions françaises sont compétentes pour connaître de toute action relative à l'exécution et/ou à l'interprétation de ces contrats.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel : 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

### Démarchage (pour rappel) :

*Article L. 112-9 du Code des assurances alinéa 1er « 1.-Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »*

Le délai susvisé est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article II.4 des présentes Conditions Générales valant Notice d'information.

## II-14. Loi Informatique et Libertés

Les Assurés sont informés que la fourniture à l'Assureur des données à caractère personnel demandées par ce dernier est obligatoire car indispensable à la prise en compte de la demande de souscription au présent contrat ainsi qu'à la gestion de ce contrat et de tout sinistre.

Les informations recueillies par l'Assureur, en tant que responsable du traitement, lors de la souscription du contrat ou à l'occasion du traitement d'un sinistre seront utilisées pour la gestion et l'exécution du contrat et pourront être transmises à ses mandataires, ses partenaires contractuels, le Courtier distributeur, les mandataires de ce dernier ainsi, le cas échéant, qu'aux autorités administratives et judiciaires. La liste de ces destinataires peut être communiquée sur demande de l'Assuré à l'adresse ci-dessous.

Les Assurés acceptent expressément, sauf opposition formelle de leur part communiquée lors de l'adhésion selon les modalités proposées par le distributeur ou par courrier à l'adresse ci-dessous -les frais de timbres lui étant alors remboursés sur simple demande- que tout ou partie de ces informations soient également utilisées à des fins de prospection commerciale et d'exploitation marketing par :

- l'Assureur lui-même, ses mandataires et ses partenaires contractuels,
- le Courtier distributeur.

Les Assurés peuvent s'opposer au traitement des données les concernant, y accéder ou les faire rectifier dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée, par courrier adressé à CACI Gestion des Contrats Prévoyance BP 30136 – 59564 La Madeleine Cedex.

**Pour toute question relative au contrat, le numéro à contacter est le suivant :  
0 800 26 46 42 (Numéro non surtaxé, appel gratuit depuis un poste fixe).**

**Les courriers sont à adresser à :  
CACI Gestion des Contrats Prévoyance – BP 30136 - 59564 La Madeleine Cedex**