

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative n° FRPV01 (ci-après désigné le Contrat) souscrit par :

le Souscripteur : Oney Bank, SA au capital de 50 741 215 euros immatriculée au RCS de Lille Métropole sous le numéro 546 380 197 dont le siège social est situé 40 avenue de Flandre à Croix, inscrite à l'ORIAS sous le numéro 07 023 261, auprès de

l'Assureur : Oney Insurance (PCC) Limited, filiale de Oney Bank, Société d'assurance de droit maltais au capital de 5 600 000 euros, immatriculée au registre des sociétés sous le numéro C53202 dont le siège social est situé 19/13 Vincenti Buildings, Strait Street, Valletta, VLT 1432, exerçant en France en libre prestation de services par l'intermédiaire

du Courtier : SPB, SAS de courtage d'assurance, au capital de 1.000.000 euros, dont le siège social est situé 71, quai Colbert – CS 90000 - 76095 Le Havre Cedex, immatriculée au RCS du Havre sous le numéro 305 109 779, inscrite à l'ORIAS sous le numéro 07 002 642.

Le Souscripteur et le Courtier sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09. Le registre des intermédiaires en assurance est consultable sur www.orias.fr. Il peut être communiqué à l'Adhérent, sur simple demande de sa part, la liste des entreprises d'assurance avec lesquelles le Souscripteur et le Courtier travaillent. L'Assureur est soumis au contrôle du Malta Financial Services Authority (MFSA), Notabile Road, BKR 3000, Attard, Malta.

1. DEFINITIONS

► **Accident** : atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, indépendante de la volonté de l'Assuré.

► **Adhérent** : personne physique majeure ayant adhéré au Contrat, qui remplit les conditions d'adhésions mentionnées aux présentes et paie les Cotisations.

► **Adhésion** : formalité par laquelle l'Adhérent marque sa volonté d'adhérer au Contrat soit en signant la demande d'Adhésion par écrit ou par voie électronique soit oralement par enregistrement téléphonique. Lors de l'Adhésion, l'Adhérent choisit le nombre d'Assuré(s) (formule SOLO ou DUO) ainsi que le niveau des indemnités mensuelles versées par l'Assureur en cas de sinistre.

► **Assuré(s)** : en fonction de la formule choisie, il s'agit :

- Lorsque la formule SOLO a été choisie, l'Assuré est l'Adhérent, désigné comme Assuré Principal sur le certificat d'adhésion ou

- Lorsque la formule DUO a été choisie, les Assurés sont l'Adhérent, Assuré Principal, et son (sa) conjoint(e), partenaire lié(e) par un PACS, concubin(e) au moment de l'Adhésion, désigné(e) sur le certificat d'adhésion comme Autre Assuré(e).

► **Bénéficiaire** : le ou les Assuré(s) eux-mêmes.

► **Certificat d'Adhésion** : document adressé à l'Adhérent définissant précisément les engagements pris entre les Parties contractantes en fonction des choix exprimés par l'Adhérent dans le cadre de la demande d'Adhésion. Ce document complète et personnalise la présente notice d'information.

► **Chômage** : période pendant laquelle l'Adhérent est inscrit au Pôle Emploi ou tout autre organisme français assimilé en tant que demandeur d'emploi.

► **Collatéral** : désigne un parent qui n'est ni ascendant, ni descendant de l'Assuré (frères, sœurs, cousins).

► **Cotisation** : versement effectué par l'Adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'Assureur. Le montant de la Cotisation payée par l'Adhérent dépend de la formule et du montant des garanties choisis par l'Adhérent au moment de l'Adhésion.

► **Délai de carence** : période comprise entre la date d'effet de l'Adhésion et la prise d'effet des garanties.

► **Délai de franchise** : période comprise entre la date de reconnaissance d'un sinistre et le début du paiement de l'indemnisation.

► **Incapacité Temporaire Totale de Travail** : impossibilité physique complète mais temporaire de l'Assuré d'exercer une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, pouvant lui procurer salaire, gain ou profit, à la suite d'une maladie ou d'un accident constatés médicalement et indemnisés par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé français.

► **Maladie** : toute altération de la santé constatée médicalement.

► **Perte d'emploi** : licenciement, c'est-à-dire, une rupture de contrat de travail à durée indéterminée réalisée à l'initiative de l'employeur, sous réserve que l'Assuré perçoive l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle Emploi ou tout autre organisme assimilé français.

► **Sinistre** : réalisation de l'évènement incertain ouvrant droit au versement de l'indemnité d'assurance en application de la présente Notice d'assurance.

2. CONDITIONS D'ADHESION

Tout Assuré doit, au jour de l'adhésion au contrat, répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Etre majeur et âgé de moins de 55 ans,

- Résider en France,

- Ne pas faire l'objet d'une Affection de longue durée reconnue comme telle par la Sécurité Sociale (affection nécessitant une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse),

- Ne pas être en arrêt de travail,

- Ne pas avoir subi plus de 30 jours consécutifs d'arrêt de travail pour raison médicale au cours des 12 derniers mois,

- Ne pas être au chômage, en préavis de licenciement ou de démission,

- Exercer une activité professionnelle rémunérée, à temps plein ou temps partiel (hors temps partiels thérapeutiques) depuis une période d'au moins 12 mois consécutifs.

Il est rappelé que toute fausse déclaration de l'Assuré l'expose, dans les conditions prévues au paragraphe 7 ci-après «Nullité de l'adhésion» aux sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

3. OBJET DES GARANTIES

Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assureur verse à l'Assuré une indemnité mensuelle forfaitaire dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion et est fonction de la formule choisie par l'Adhérent lors de l'Adhésion ou postérieurement à cette dernière.

Précision : le montant de l'indemnité mensuelle forfaitaire est doublé pour les Assurés salariés de la fonction publique et pour les Assurés travailleurs non salariés au jour de la survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Le versement de cette indemnité forfaitaire débute le 61ème (soixante et unième) jour continu d'arrêt de travail et prend fin à la date de la reprise de travail ou, au plus tard **après 10 (dix) mois d'indemnisation maximum**.

En cas de rechute, pour les mêmes causes de maladie ou d'accident, survenant après une reprise d'activité professionnelle inférieure à 60 (soixante) jours, la rechute est considérée comme le même sinistre et la prise en charge interviendra donc sans application du délai de franchise et pour la durée d'indemnisation restant due. La durée totale de versement de l'indemnisation au titre d'un même sinistre (périodes de rechutes comprises) ne pourra en aucun cas dépasser 10 (dix) mois.

Le paiement de l'indemnité cesse en cas de reconnaissance, par la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme français assimilé, d'un état d'invalidité ou d'incapacité définitive.

Le bénéfice de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est subordonné à l'exercice par l'Assuré victime d'une activité professionnelle rémunérée au jour de la survenance de l'incapacité de travail.

Toute indemnisation est due à condition que l'Assuré perçoive pour le mois en question les indemnités de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé français.

Garantie Perte d'emploi

En cas de Perte d'emploi, l'Assureur verse à l'Assuré une indemnité mensuelle forfaitaire dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion et est fonction de la formule choisie par l'Adhérent lors de l'Adhésion ou postérieurement à cette dernière.

Le versement de l'indemnité d'assurance débute à partir du 61ème (soixante et unième) jour continu de chômage décompté à partir de la première date de versement des allocations Pôle Emploi ou un organisme assimilé français et prend fin à la date de reprise d'une activité professionnelle rémunérée, à la date de cessation du versement des allocations par le Pôle Emploi ou au plus tard après 10 (dix) mois d'indemnisation maximum.

Le bénéficiaire de la garantie Perte d'emploi est subordonné :

- à l'exercice par l'Assuré d'une activité professionnelle salariée dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée au sein du secteur privé au jour de la survenance de la perte d'emploi.

- ainsi qu'à la notification du licenciement à l'Assuré au moins 121 (cent vingt et un) jours après la date de prise d'effet des garanties.

Précision : toute indemnisation est due à condition que l'Assuré perçoive pour le mois en question les indemnités du Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé français.

EN AUCUN CAS IL NE PEUT Y AVOIR, POUR UN SEUL ET MEME ASSURE, VERSEMENT CONCOMITANT PAR L'ASSUREUR D'UNE INDEMNITE AU TITRE DE CHACUNE DES DEUX GARANTIES PRECITEES.

4. EXCLUSIONS DES GARANTIES

DE MANIERE GENERALE, SONT EXCLUES DES GARANTIES :

- LES SUITES D'ACTES DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, DE PARTICIPATION A DES RIXES (SAUF EN CAS DE LEGITIME DEFENSE), D'EMEUTES, DE CRIMES ET DELITS, D'ACTES DE TERRORISME OU DE SABOTAGE,
- LES SUITES DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DEGAGEMENT DE CHALEUR, D'INHALATION OU D'IRRADIATION PROVENANT DE TRANSMUTATIONS DE NOYAUX DE L'ATOME.

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL :

- LES ARRETS DE TRAVAIL RESULTANT D'UN ACCIDENT LIE A LA PRATIQUE D'UN SPORT A TITRE PROFESSIONNEL OU DANS LE CADRE D'UNE COMPETITION
- LES ARRETS DE TRAVAIL RESULTANT DE LA PRATIQUE D'UN SPORT AERIEN, MARIN OU D'UN SPORT ENTRAINANT L'UTILISATION D'ENGINS MOTORISES.
- LES ARRETS DE TRAVAIL LIES A LA MATERNITE ET A L'ETAT DE GROSSESSE.
- LES ARRETS DE TRAVAIL LIES A L'ETAT DEPRESSIF, LES MALADIES PSYCHIATRIQUES OU PSYCHIQUES, LA FATIGUE CHRONIQUE ET LEURS CONSEQUENCES.
- LES ARRETS DE TRAVAIL RESULTANT DES ATTEINTES DISCALES OU VERTEBRALES SUIVANTES : LUMBAGO ; SCIATALGIE, DORSALGIE, CRURALGIE, CERVICALGIE, NEVRALGIE CERVICOBRACHIALE ET HERNIE DISCALE.
- LES SUITES, RECHUTES OU CONSEQUENCES DE MALADIE OU D'ACCIDENT DONT LA PREMIERE CONSTATATION MEDICALE EST ANTERIEURE A LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES.
- LES SUITES D'UN ACCIDENT SURVENU ALORS QUE L'ASSURE ETAIT SOUS L'EMPIRE D'UN ETAT ALCOOLIQUE PAR REFERENCE A CELUI CARACTERISE DANS LE CODE DE LA ROUTE AU JOUR DE LA SURVENANCE DU SINISTRE OU SOUS L'EMPIRE DE STUPEFIANTS.
- LES SUITES D'UN ACCIDENT RELEVANT DU FAIT VOLONTAIRE DE L'ASSURE.

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI :

- LE CHOMAGE CONSECUTIF A UN LICENCIEMENT NOTIFIE A L'ASSURE AVANT OU DURANT LES 120 (CENT VINGT) PREMIERS JOURS SUIVANT LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHESION TELLE QUE DEFINIE A L'ARTICLE 6.
- LE CHOMAGE NE DONNANT PAS LIEU AU VERSEMENT DE L'ALLOCATION D'AIDE AU RETOUR A L'EMPLOI OU TOUTE AUTRE ALLOCATION EQUIVALENTE VERSEE PAR LE POLE EMPLOI OU TOUT AUTRE ORGANISME FRANÇAIS ASSIMILE.

- LE CHOMAGE SUITE A LA DEMISSION OU L'ABANDON DE POSTE DE L'ASSURE.
- LA PERTE D'EMPLOI EN COURS OU EN FIN DE PERIODE D'ESSAI.
- LE CHOMAGE A L'ISSUE OU EN COURS D'UN CONTRAT A DUREE DETERMINEE.
- LE LICENCIEMENT POUR FAUTE GRAVE OU LOURDE.
- LE CHOMAGE SAISONNIER OU PARTIEL.
- LE CHOMAGE RESULTANT D'UN PLAN DE DEPART VOLONTAIRE.
- LA RUPTURE CONVENTIONNELLE DE CONTRAT DE TRAVAIL TELLE QUE DEFINIE A L'ARTICLE 1237-11 DU CODE DU TRAVAIL.
- LE CHOMAGE CONSECUTIF AU LICENCIEMENT D'UN ASSURE SALARIE DE SON CONJOINT, ASCENDANT, DESCENDANT, COLLATERAL OU D'UNE PERSONNE MORALE CONTROLEE OU DIRIGEE PAR UNE DE CES PERSONNES OU LUI-MEME.

5. EN CAS DE SINISTRE

5.1 Comment déclarer un sinistre ?

Sous peine de déchéance du droit à garantie (article L113-2 du Code des assurances) et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Adhérent ou l'Assuré doit déclarer son sinistre dans les 15 jours suivant la survenance du sinistre aux coordonnées suivantes :

SPB – PROTECTION POUVOIR D'ACHAT ONEY
71 quai Colbert - CS 90000 - 76095 Le Havre Cedex
Tél. : 0 970 808 993**

Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 8h30 à 12h30***
e-mail : pouvoirdachat@spb.eu

** Numéro facturé au prix d'une communication locale, régionale ou nationale, selon les offres de chaque opérateur. *** Hors jours légalement chômés et/ou fériés et sauf interdiction législative ou réglementaire (Heures France métropolitaine).

5.2 Quels documents sont nécessaires à l'étude du dossier sinistre ?

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

Toute correspondance à caractère médicale peut être envoyée sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil à l'adresse suivante :

SPB - Protection Pouvoir d'Achat Oney

A l'attention du médecin conseil

71 quai Colbert - CS 90000
76095 Le Havre Cedex

- L'avis initial d'arrêt de travail et le cas échéant les avis de prolongation d'arrêt de travail.
- Le questionnaire médical d'Incapacité de travail, fourni lors de la déclaration de sinistre, et rempli par le médecin.
- Un certificat médical précisant la période d'arrêt de travail et la nature de la maladie ou des lésions subies.
- Les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.
- Le contrat de travail ou un certificat de l'emploi occupé à la date de départ de l'incapacité de travail.
- Un relevé d'identité bancaire.
- Le formulaire de déclaration de sinistre, envoyé par SPB suite à la déclaration de sinistre, rempli et signé.

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 prise en charge. Dans un tel cas, le versement éventuel de l'indemnité d'assurance est subordonné à la réalisation de ces opérations d'expertise. **En conséquence, tout refus de l'Assuré de se soumettre à l'expertise médicale sollicitée entraînera la suspension du versement des indemnités d'assurance jusqu'à la réalisation effective des actes d'expertise.**

En cas de Perte d'emploi :

- La lettre de convocation à l'entretien préalable de licenciement
- La lettre de licenciement.
- Le certificat ou contrat de travail de l'emploi occupé à la date du licenciement.
- La copie de l'attestation employeur destinée à Pôle Emploi.
- La lettre d'admission au bénéfice de l'Allocation de retour à l'emploi délivrée par Pôle Emploi.

- Les décomptes d'allocations Pôle Emploi ou équivalents et ce chaque mois tant que perdue la période de chômage.

- Un relevé d'identité bancaire.

- Un certificat ou contrat de travail de l'emploi occupé à la date de l'adhésion.

- Le formulaire de déclaration de sinistre, envoyé par SPB suite à la déclaration de sinistre, rempli et signé.

Par ailleurs, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Dans l'hypothèse où tout ou partie des pièces sollicitées par l'Assureur pour l'étude du dossier ne serait pas transmise par l'Assuré, celui-ci sera déchu de son droit à garantie.

Quelles sont les modalités de règlement du sinistre ?

Dans l'hypothèse où toutes les conditions mentionnées dans la présente notice sont remplies, le règlement des sommes dues intervient par virement sur le compte bancaire du Bénéficiaire dans un délai de 10 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives demandées. Tant que la période de chômage ou d'arrêt de travail perdue l'indemnité sera versée mensuellement au Bénéficiaire dans les limites figurant aux présentes (sous réserve de l'envoi périodique des justificatifs demandés pendant toute la période d'indemnisation).

6. VIE DE L'ADHESION

6.1 Prise d'effet de l'Adhésion et des garanties

Sous réserve du paiement des Cotisations, l'Adhésion prend effet à compter de l'expression du consentement de l'Adhèrent, formalisé par la signature d'une demande d'Adhésion par écrit ou par voie électronique ou exprimé oralement et conservé sur un enregistrement téléphonique.

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'Adhésion sous réserve des délais de carence et de franchise prévus dans la présente Notice d'information. Conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, dans l'hypothèse où l'Adhésion est réalisée par un moyen de communication à distance, elle prend effet à l'expiration du délai légal de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la demande d'Adhésion. Toutefois, en cas de demande expresse de l'Adhèrent et sous réserve du paiement des Cotisations, l'Adhésion prend effet à la date de la demande d'Adhésion à l'assurance.

La date de prise d'effet de l'Adhésion est rappelée sur le certificat d'adhésion qui est adressé à l'Adhèrent.

6.2 Durée de l'Adhésion

L'Adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de sa date d'effet et se renouvellera ensuite par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire.

6.3 Modification de l'Adhésion par l'Adhèrent

Pendant toute la Durée de l'Adhésion, l'Adhèrent a la possibilité, à son initiative ou sur proposition du Courtier ou du Souscripteur, de modifier la formule (SOLO ou DUO) ainsi que le montant des garanties choisis lors de l'Adhésion en appelant ou en écrivant à l'adresse qui figure dans l'encadré à la fin de la présente notice. En cas de modification, l'Adhèrent reçoit un certificat d'adhésion modifié. Les modifications peuvent être enregistrées selon les mêmes modalités que les Adhésions, indiquées dans la définition de ce terme. Les modifications prennent effet à la date anniversaire mensuelle de l'Adhésion qui suit immédiatement la demande de modification, soit au plus tard, un mois après cette dernière. Par exemple : si l'Adhèrent a adhéré au Contrat un 1^{er} mars, qu'il a demandé à bénéficier immédiatement des garanties du Contrat conformément à l'article 6.1 «Effet de l'Adhésion et des garanties» et qu'il demande la modification de son Adhésion le 15 juin, cette dernière entrera en vigueur le 1^{er} juillet suivant.

6.4 Modification du Contrat/Changement d'assureur/Révision de la Cotisation

En cas de modification des conditions du Contrat par le Souscripteur ou l'Assureur, ou en cas de changement d'assureur, l'Adhèrent en est informé avec un préavis d'un mois, par tout moyen écrit et notamment par une information insérée dans le relevé de compte pour les clients titulaires d'un crédit renouvelable auprès de Oney Bank, courrier simple, courrier électronique, etc.

L'Adhèrent peut alors, s'il le souhaite, résilier son Adhésion dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 6.6 «Cessation des garanties». Par ailleurs, l'Assureur se réserve le droit de modifier le montant de la Cotisation :

- En fonction des résultats du Contrat, des statistiques nationales du chômage et des prévisions d'évolution de ces statistiques,

- En cas de changement des garanties.

6.5 Renonciation

En vertu de l'article L 112-9 «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».

Néanmoins, dans le cadre du présent Contrat, le délai de renonciation est porté à 30 jours. L'Adhèrent peut donc renoncer, sans motif ni pénalités, pendant 30 (trente) jours à compter de la date d'Adhésion, par courrier, à l'adresse mentionnée dans l'encadré ci-dessous, rédigé selon le modèle ci-après : «Je soussigné [Nom, Prénom], déclare renoncer à mon Adhésion au contrat d'assurance collectif n°FRPV01. Fait à [ville], le [date], [signature]». Cet envoi, à compter de la date du cachet de la poste, met fin à l'ensemble des garanties résultant de l'Adhésion au Contrat. L'Adhèrent est remboursé de l'intégralité de la Cotisation éventuellement déjà payée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

Nonobstant la faculté de renonciation, les garanties peuvent prendre effet avant la fin de cette période, dans les conditions définies à l'article 6.1 «Effet de l'Adhésion et des garanties».

En cas de renonciation :

- Les garanties seront alors considérées sans effet dès réception de la lettre et l'Adhèrent sera remboursé par SPB, au nom et pour le compte de l'Assureur, de l'intégralité de la cotisation éventuellement déjà payée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation

- Si l'Assuré a bénéficié de l'une des garanties prévues au Contrat collectif, l'Adhèrent devra restituer à SPB, pour le compte de l'Assureur, au plus tard dans les 30 (trente) jours à compter de la date de renonciation –le cachet de la poste sur la lettre faisant foi- le montant correspondant.

6.6 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- En cas de résiliation par l'Adhèrent ; cette résiliation est possible à tout moment par simple courrier envoyé à SPB (coordonnées indiquées dans l'encadré ci-après). Les garanties cesseront alors au terme de la période mensuelle de garantie précédemment payée.

- En cas de non-paiement des Cotisations, dans les conditions prévues à l'article L 113-3 du Code des assurances.

- Les garanties de l'Autre Assuré cessent automatiquement le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'Autre Assuré a atteint son 65^{ème} anniversaire.

- Il y a résiliation de plein droit de l'Adhésion à l'échéance anniversaire de l'Adhésion qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Adhèrent. Dans ce cas, les garanties de tous les Assurés cessent à la date de la résiliation de l'Adhésion.

- De plein droit en cas de décès de l'Adhèrent.

- En cas de résiliation du Contrat collectif FRPV01 par l'Assureur ou le Souscripteur. L'Adhèrent en sera alors informé au plus tard 3 (trois) mois avant la date de résiliation effective. Dans ce cas, l'Adhésion individuelle, si elle est en vigueur au jour de la prise d'effet de la résiliation du Contrat collectif cessera à ladite date de prise d'effet de la résiliation.

- En cas de résiliation par l'Assureur : à l'échéance annuelle de l'Adhésion, par l'envoi d'un courrier recommandé à l'Adhèrent deux mois au moins avant la date anniversaire de son Adhésion.

- Dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

6.7 Quel est le montant et la périodicité de ma Cotisation ?

Le montant de la Cotisation et son mode de paiement sont déterminés dans le certificat d'Adhésion remis à l'Adhèrent après l'Adhésion ou après la dernière modification de l'Adhésion effectuée conformément à l'article 6.3 «Modification de l'Adhésion par l'Adhèrent».

7. DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 Convention sur la preuve/Communication

L'Adhèrent admet, qu'en cas d'Adhésion à distance, les données électroniques et enregistrements vocaux conservés par l'Assureur ou tout mandataire de son choix vaudront signature de l'Adhèrent et seront admis comme preuves de l'identité de l'Adhèrent, de son consentement quant à l'Adhésion au Contrat, quant au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la Cotisation, dûment acceptés par celui-ci.

Par ailleurs, sauf dispositions spécifiques contraires, toute information pourra, dans le cadre de la conclusion ou de l'exécution des présentes, être adressée à l'Adhèrent soit par courrier électronique, soit par lettre simple, soit par relevés de compte, ou tout autre document porté à la connaissance de l'Adhèrent.

7.2 Droit et langue applicables

Le droit applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est le droit français. La langue française s'applique.

7.3 Nullité de l'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration de l'Adhèrent de nature à modifier l'opinion du risque pour l'Assureur entraîne la nullité des garanties, les Cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts. En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances.

7.4 Prescription

Toute action dérivant du Contrat est prescrite par 2 (deux) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances ci-après reproduits).

Article L 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Article L 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 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. Information complémentaire : Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont, aux termes des articles 2240 et 2241 du code civil, la demande en justice la reconnaissance des droits de l'assuré par l'assureur.

7.5 Réclamations – Médiation

Pour toute difficulté relative aux conditions d'application de l'adhésion au Contrat, l'Adhèrent doit s'adresser par écrit à :

**SPB – Département Satisfaction Clientèle
Protection Pouvoir d'Achat Oney
71 quai Colbert - CS 90000 - 76095 Le Havre Cedex**

Si la réponse donnée ne le satisfait pas, l'Adhèrent peut écrire à l'Assureur à l'adresse qui figure en entête de la présente notice.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Assureur, l'Adhèrent assuré peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées lui seront communiquées sur simple demande de sa part par l'Assureur, le Courtier ou le Souscripteur. Dans tous les cas, l'Adhèrent dispose également de la possibilité de porter toute réclamation devant l'autorité de contrôle de l'Assureur, le MFSA, dont l'adresse figure également en entête de la présente notice.

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

7.6 Informatique et libertés

L'Adhèrent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé des informations nominatives et personnelles recueillies auprès de lui par le Souscripteur et SPB (et leurs mandataires) dans le cadre de l'Adhésion au Contrat collectif, ainsi qu'en cours de gestion de celle-ci.

Il lui est expressément rappelé que la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion de l'Adhésion.

Ces informations sont destinées à l'Assureur en sa qualité de responsable du traitement, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de l'Adhésion et des sinistres, études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement. A ce titre, l'Adhèrent est informé que les informations personnelles peuvent être transmises à SPB et au Souscripteur, ainsi qu'à leurs mandataires et à tout autre établissement ou prestataire lié contractuellement à l'Assureur pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités précédemment décrites. Elles pourront également être transmises à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'Assureur.

Par ailleurs, à l'exclusion des informations relatives à la santé des Assurés, et sauf opposition de la part des Assurés exprimée lors de l'Adhésion ou dans les conditions prévues ci-dessous, les informations personnelles peuvent également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur, le Souscripteur et leurs partenaires commerciaux.

L'Adhèrent accepte que ses conversations téléphoniques avec un conseiller puissent être écoutées et enregistrées à des fins d'amélioration de la qualité de services et de la formation des conseillers.

Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière peut faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir ou identifier une fraude.

L'Adhèrent est informé que l'Assureur étant installé sur le territoire maltais, il est soumis à la loi maltaise sur la protection des données. Cependant, l'application de cette loi à l'Assureur, en sa qualité de responsable du traitement, ne privera aucunement l'Adhèrent de la protection que lui assurent les dispositions impératives de la loi française n°78-17 du 06/01/78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ainsi, en vertu de cette loi, l'Adhèrent dispose notamment d'un droit d'accès, d'information et de rectification des données le concernant, ainsi que d'un droit d'opposition qu'il peut exercer à tout auprès de SPB à l'adresse figurant dans l'encadré ci-dessous.

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AU CONTRAT VEUILLEZ :

Contactez le numéro suivant : **0970 808 993** (prix d'une communication locale, régionale ou nationale selon les offres de chaque opérateur) du lundi au vendredi de 8h30 à 19h00 et le samedi de 8h30 à 12h30 (heures France métropolitaine), hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire ou - Envoyer un courrier à l'adresse suivante : **SPB – Protection Pouvoir d'Achat Oney - 71 quai Colbert - CS 90000 - 76095 Le Havre Cedex** ou envoyer un e-mail à l'adresse suivante : **pouvoirdachat@spb.eu**