

## Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe Plan de Protection du Conducteur Carrefour

### A. INTRODUCTION

Plusieurs termes et expressions ont des significations spécifiques au présent Contrat. À des fins de clarté, certains termes commencent par une majuscule et leur signification est expliquée à la section Définitions. Si Vous lisez un terme ou une expression commençant par une majuscule et avez des doutes quant à sa signification exacte, veuillez vous reporter à la section Définitions.

Le contrat optionnel d'assurance de groupe n° (201101) applicable aux sections 1 (Accident) est conclu par Carrefour Banque (1, Place Copernic – 91051 Evry Cedex,) auprès de Stonebridge International Insurance Ltd (4th Floor, 7/10 Chandos Street, London, W1G 9DQ, Royaume-Uni et Notre numéro d'immatriculation est 3321734.) Il comprend la notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe Plan de Protection du Conducteur, le Certificat d'affiliation et tout document de demande de souscription d'assurance. Ces documents doivent être lus conjointement. Ces documents sont importants, veuillez les conserver dans un endroit sûr.

Veuillez vous reporter à Vos Conditions générales d'assistance pour de plus amples informations sur les Services d'assistance fournis par DAS, incluant sans s'y limiter, leurs définitions, restrictions et exclusions.

Ce Contrat Plan de Protection du Conducteur prévoit les Indemnités suivantes:

- un versement unique dans le cas d'un Décès accidentel d'un Adulte assuré, dont le montant dépendra du type d'Accident ;
- un versement unique dans le cas de l'Invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré, dont le montant dépendra du type d'Accident ;
- un versement unique dans le cas du Décès accidentel ou de l'Invalidité totale et permanente d'un Enfant assuré.

Nous convenons de fournir la couverture d'assurance décrite dans les Conditions générales du Plan de Protection du Conducteur Carrefour aux personnes assurées, sous réserve du paiement de la Prime à son échéance.

Les déclarations de l'adhérent d'assurance et de la partie assurée servent de base à l'enregistrement et au respect des dispositions des Articles L.113-8, L.113-9 et L.132-26 du Code des assurances relatifs à l'adhésion et aux obligations mutuelles des parties.

*Nous Vous recommandons de réexaminer votre couverture au moins chaque année afin de Vous assurer que le présent Contrat continue de répondre à Vos besoins.*

### B. DÉFINITIONS

Dans tous les cas où les termes ou expressions suivants apparaissent dans Votre Contrat, ils ont la signification qui leur est attribuée ici:

**ACCIDENT** désigne un évènement soudain, inattendu et malheureux survenant alors que le Contrat est en vigueur et provenant directement d'une cause extérieure et violente.

**ADHÉRENT** signifie la personne membre d'un contrat d'assurance de groupe souscrit par Carrefour Banque et qui paie la Prime.

**ADULTE ASSURÉ** désigne le Souscripteur et le Conjoint du Souscripteur, si la couverture du Conjoint a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

**BÉNÉFICIAIRE** désigne la personne en droit de percevoir l'Indemnité en cas de Décès accidentel du Souscripteur. Sauf indication contraire, si Vous spécifiez quelqu'un d'autre, il s'agira de Votre successeur légal. En cas de Décès accidentel d'un Adulte assuré et/ou d'un Enfant assuré couvert par Votre Contrat, si Vous êtes encore en vie, Vous serez le Bénéficiaire.

**CERTIFICAT D'ADHÉSION** est le document qui fait partie intégrante de Votre Contrat; il comporte des informations importantes propres à Votre assurance.

**CONDITIONS PARTICULIÈRES** est le document qui fait partie intégrante de Votre Contrat ; il comporte des informations importantes propres à Votre assurance.

**CONJOINT** désigne la personne ayant entre 18 et 69 ans à la Date de prise d'effet du Contrat et dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, qui est mariée ou pacsée avec Vous ou vivant en union libre avec Vous depuis 12 mois consécutifs.

**CONTRAT** désigne la Notice d'information relative au contrat d'assurance de groupe du Plan de Protection du Conducteur Carrefour, du Certificat d'adhésion et de tout formulaire d'adhésion au Contrat d'assurance, le cas échéant. Ces documents doivent être lus conjointement.

**DATE DE MODIFICATION** signifie la date à laquelle les changements apportés à votre Contrat entreront en vigueur comme le stipule le Certificat d'adhésion.

**DATE DE PRISE D'EFFET** désigne le jour, le mois et l'année auxquels Votre couverture débute, tel qu'indiqué dans le Certificat d'Adhésion.

**DÉCÈS ACCIDENTEL** désigne le décès d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré des suites directes d'un Préjudice corporel provoqué par un Accident.

**ENFANT ou ENFANTS** désigne tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 18 ans dont la Résidence principale est la même que la Vôtre, ou tous les Enfants de l'Adulte assuré d'un âge égal ou inférieur à 25 ans s'ils sont scolarisés à temps plein.

**ENFANT ou ENFANTS ASSURÉ(S)** désigne un ou des Enfant(s) si la couverture a été choisie et que la Prime correspondante a été payée.

**ÉTAT DE SANTÉ ANTÉRIEUR** désigne toute maladie, affection, état survenant de façon naturelle, processus dégénératif, état médical ou mental, blessure ou handicap physique pour lequel l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré a, à tout moment au cours des 2 années précédant la date de l'Accident:

(a) reçu un traitement ou des avis médicaux ; ou

(b) a présenté des symptômes (ayant fait l'objet d'un diagnostic ou non).

**FRANCE** désigne les territoires métropolitains de la République française, les départements et

territoires français d'outre-mer, y compris la Corse.

**INDEMNITÉ** désigne le montant à hauteur duquel l'Adulte assuré et l'Enfant assuré sont couverts par le Contrat. Le montant de l'Indemnité est indiquée dans le certificat d'adhésion.

**INFORMATIONS À CARACTÈRE PERSONNEL** désigne les données que Vous et d'autres individus inscrits sur le Contrat ont fournies.

**INVALIDITÉ TOTALE ET PERMANENTE** désigne l'incapacité de l'Adulte assuré ou de l'Enfant assuré le mettant dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à un travail ou à une occupation susceptible de lui procurer gain ou profit des suites directes d'un Préjudice corporel provoqué par un Accident.

**MÉDECIN** désigne un praticien dûment agréé et diplômé pour diagnostiquer et traiter les maladies et blessures. Cette personne doit exercer dans les limites de son agrément. Le Médecin doit être une autre personne que Vous, Votre Conjoint, Votre père, mère, Enfant, frère ou sœur ou le père, la mère, l'Enfant, le frère ou la sœur de Votre Conjoint.

**NOUS, NOTRE ou NOS** se rapporte à Stonebridge International Insurance Ltd., l'assureur du présent Contrat.

**PRÉJUDICE CORPOREL** désigne un dommage corporel subi par un Adulte assuré ou un Enfant assuré des suites directes d'un Accident.

**PRIME** désigne les coûts, y compris les taxes et majorations, que Vous payez chaque mois pour Votre couverture en vertu du présent Contrat.

**RÉSIDENCE PRINCIPALE** désigne l'adresse principale où une personne vit, qu'elle a retenue comme son adresse principale et qui s'accompagne de documents officiels.

**RÉSIDENT** désigne une personne ayant une Résidence principale en France, vivant dans ce pays pendant au moins 7 mois sur chaque période de 12 mois et disposant d'un compte bancaire français valide ou d'une carte bancaire française valide ou d'un moyen de paiement que Nous avons accepté pour le paiement des Primes.

**SOUSCRIPTEUR** Carrefour Banque, Souscripteur du contrat d'assurance de groupe auprès de Stonebridge International Insurance Ltd.

**VÉHICULE MOTORISÉ** désigne un véhicule à essence, diesel, électrique ou équipé de façon similaire qui doit être immatriculé auprès du service de délivrance des permis dans la Zone de couverture pour être utilisé sur le réseau routier public, et pour lequel l'utilisateur doit avoir un permis.

**VOUS, VOS et VOTRE** désigne l'Adhérent.

**ZONE DE COUVERTURE** désigne la zone ou le territoire géographique où se produit le Décès accidentel et pour lequel le présent Contrat prévoit une couverture. Elle est indiquée dans le Certificat d'adhésion.

### C. QUI PEUT SOUSCRIRE AU PRÉSENT CONTRAT ?

**Pour souscrire au présent Contrat, Vous et Votre Conjoint (si cette personne est prévue dans la couverture) devez:**

- avoir entre 18 et 69 ans (inclus) à la Date de prise d'effet ; et
- être Résident en France

**Le bénéfice des garanties du Contrat se poursuit au-delà de l'âge de 69 ans pour autant que Vous et Votre Conjoint ayez entre 18 et 69 ans (inclus) à la Date de prise d'effet du Contrat dans les limites indiquées au H.**

### D. COUVERTURE

#### i) Décès accidentel causé par un accident de la circulation

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans le Certificat d'Adhésion au point i. *Décès accidentel causé par un accident de la circulation* dans le cas du Décès accidentel d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré des suites directes de:

- une collision ou un accident d'un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice;
- un choc en tant que piéton avec un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice

#### ii) Décès accidentel causé par tout autre accident

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans le Certificat d'Adhésion au point ii. *Décès accidentel causé par un autre accident* dans le cas du Décès accidentel d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré qui n'est pas couvert en vertu du point i. *Décès accidentel causé par un accident de la circulation.*

#### iii) Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans le Certificat d'Adhésion au point iii. *Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation* dans le cas de l'Invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré des suites directes de:

- une collision ou un accident d'un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice
- un choc en tant que piéton avec un Véhicule motorisé sur la voie publique alors que le Véhicule motorisé est en mouvement et circule grâce à sa propre force motrice

#### iv) Invalidité totale et permanente causée par tout autre accident

Nous verserons l'Indemnité indiquée dans le Certificat d'Adhésion au point iv. *Invalidité totale et permanente causée par un autre accident* dans le cas de l'Invalidité totale et permanente d'un Adulte assuré ou d'un Enfant assuré qui n'est pas couvert en vertu du point iii. *Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation.*

## E. MODALITÉS DE LA COUVERTURE

### Indemnités

- Le niveau d'Indemnité sera celui indiqué sur le Certificat d'adhésion
- Les Indemnités d'Invalidité totale et permanente ne sont pas payables une fois que l'Adulte assuré atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans
- Le montant des Indemnités sera réduit de 50 % lorsque l'Adulte assuré atteint l'âge de soixante-dix (70) ans
- Accident de la circulation – Nous ne verserons les Indemnités qu'en vertu du point i) Décès accidentel causé par un accident de la circulation ou iii) Invalidité totale et permanente causée par un accident de la circulation.
- Autres accidents – Nous ne verserons les Indemnités qu'en vertu du point ii) Décès accidentel causé par tout autre accident ou iv) Invalidité totale et permanente causée par tout autre accident. Les indemnités Décès accidentel et Invalidité totale et permanente ne sont pas cumulables

### Période

- Pour être indemnisé, un Décès accidentel ou une Invalidité totale et permanente doit survenir dans les 12 mois suivant la date de l'Accident
- L'indemnité Invalidité totale et permanente n'est versée que si l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré est encore en vie 90 jours après l'accident, dans le cas contraire l'indemnité Décès accidentel sera due

### État de santé antérieur

Nous ne verserons l'Indemnité que si le Décès accidentel ou l'Invalidité totale et permanente est la suite directe de l'Accident. L'État de santé antérieur sera pris en compte en calculant le montant à payer dans les cas suivants:

- lorsque l'État de santé antérieur est un handicap physique et que l'Accident augmente le niveau du handicap physique ;
- l'État de santé antérieur est un facteur contribuant au sinistre ;

Un examen médical sera converti en pourcentage et appliqué à l'Indemnité exigible. Si le

**pourcentage calculé est inférieur à 25 %, Nous verserons l'intégralité de l'Indemnité. Nous obtiendrons les résultats de l'examen médical auprès de Votre Médecin. S'il n'est pas en mesure ou disposé à fournir les résultats de cet examen, Nous demanderons à un Médecin indépendant de le faire.**

## **F. EXCLUSIONS DE LA COUVERTURE**

**Aucune Indemnité ne sera versée si un Décès accidentel:**

- **est dû à toute maladie ou infection, sauf s'il s'agit des suites directes d'un Accident**
- **est dû à un état survenant de façon naturelle, à un processus dégénératif ou à des troubles médicaux ou mentaux**
- **est causé par un suicide, une automutilation ou toute action ou omission délibérée ou commise par imprudence susceptible de provoquer des blessures graves ou d'entraîner un décès, que la personne soit saine d'esprit ou non**
- **survient alors que la personne est sous l'influence ou l'emprise de drogues ou de médicaments, à moins que ces substances aient été prises conformément aux indications du fabricant ou d'un médecin agréé**
- **survient alors que la personne conduit un véhicule avec un taux d'alcoolémie dans le sang/les urines supérieur au taux autorisé dans le pays dans lequel l'Accident se produit**
- **résulte d'une participation, d'une tentative ou d'une complicité dans le cadre d'un acte illicite en vertu de la loi du territoire sur lequel l'Accident survient**
- **résulte d'une guerre (que celle-ci soit déclarée ou non), d'une invasion, d'une action militaire ou de troubles civils ou intervient pendant l'exécution d'une mission, entraînement ou d'une opération des forces armées**

**résulte d'une intervention médicale ou chirurgicale à moins que l'intervention n'ait été rendue nécessaire suite à un Accident**

## **G. PRISE D'EFFET DE VOTRE COUVERTURE**

La couverture débute à compter de la Date de prise d'effet mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Sous réserve de la faculté de résiliation offerte à l'Adhérent, toute modification de la couverture prendra effet au plus tôt trois mois après l'information délivrée à l'Adhérent de ces modifications. . La Date d'effet et le cas échéant, la Date d'effet des modifications sont précisées dans Votre Certificat d'adhésion.

## **H. FIN DE VOTRE COUVERTURE**

**Toutes les couvertures accordées en vertu du présent Contrat prennent automatiquement fin dans les circonstances suivantes, selon celle qui survient en premier:**

- **à la date de Votre décès**

- à la date de renouvellement après Votre 80ème anniversaire
- si Vous résiliez votre adhésion
- si Nous résilions votre adhésion
- si vous êtes exclus du Certificat d'adhésion par Stonebridge International Insurance Ltd en cas de non-paiement de votre prime; ou
- si Vous cessez d'être Résident en France

**Si Votre Contrat inclut une couverture pour Votre Conjoint et/ou un Enfant assuré, Votre Conjoint ou Enfant assuré ne sera plus couvert lorsqu'il ne répondra plus à la description de la section B Définitions.**

**Votre Conjoint ne sera plus couvert à compter du renouvellement après son 80ème anniversaire**

#### **I. PÉRIODE D'ASSURANCE ET DE RENOUVELLEMENT**

**Votre Contrat a une durée mensuelle et est renouvelé chaque mois civil entier après la Date de prise d'effet du Contrat, sous réserve que Vous payiez le montant des Primes établi dans le Certificat d'Adhésion (ou au tarif en vigueur au moment du renouvellement suite à une notification préalable de Notre part) à la date d'échéance.**

**Nous nous réservons le droit de ne pas renouveler Votre Contrat si Vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Vous avez jusqu'à la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat pour la régler pour autant que Vous continuez de remplir les conditions du Contrat. Si elle n'est pas payée avant la prochaine date de renouvellement, Votre Contrat ne sera pas renouvelé. Si la Prime est payée avant la prochaine date de renouvellement de Votre Contrat, la couverture agira comme si la Prime avait été payée à la date d'échéance.**

#### **J. PAIEMENT DE VOTRE PRIME**

La Prime mensuelle relative à Votre couverture est indiquée dans le Certificat d'adhésion de Votre Contrat.

Vous commencez à payer pour Votre couverture à la date d'échéance de la Prime indiquée dans Votre Certificat d'adhésion; par la suite, Vous payez sur une base mensuelle le même jour de chaque mois.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, dans le cas où Vous ne payez pas la Prime, le Souscripteur pourra vous exclure du Contrat d'assurance de groupe Plan Protection Conducteur Carrefour.

**Nous avons le droit de résilier Votre Contrat si Vous ne payez pas la Prime d'ici la date d'échéance. Nous pouvons choisir de Vous écrire pour Vous informer du non paiement de la Prime si la Prime n'est pas payée dans un délai de 10 jours à compter de la date d'échéance. Vous disposerez ensuite de 30 jours supplémentaires pour effectuer le paiement à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée. Si, à la fin de cette période, la Prime reste impayée, la couverture sera suspendue jusqu'au paiement de toutes les Primes dues. Si Vous avez payé toutes**

les Primes dues, y compris celles payables pendant la période de suspension de la couverture, la couverture sera rétablie à midi le lendemain du paiement de toutes les Primes. Si les Primes restent impayées, Nous aurons le droit de résilier Votre Contrat 10 jours après la fin de la période de 30 jours.

**Vous devez Nous informer dès que possible, dans la mesure du raisonnable, de toute modification ayant pour effet qu'un Conjoint ou Enfant assuré n'est plus éligible à la couverture de Votre Contrat afin d'éviter tout paiement excédentaire de Prime.**

*À noter: Vous pouvez être soumis au paiement d'autres frais en faveur de Votre prestataire de services de paiement. Veuillez contacter directement Votre prestataire de services de paiement pour toute question relative à ses frais.*

#### **K. CONDITIONS DE RÉSILIATION DE VOTRE PART**

**Vous avez le droit de résilier le Contrat à tout moment en contactant le Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Votre Certificat d'adhésion.**

**Si, comme indiqué dans la section N.1 ci-dessous, et conformément aux dispositions de l'article L.141-4, en accord avec le Souscripteur, Nous modifions le contenu de Votre Contrat, Vous serez informés par écrit de ces modifications, 3 mois avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. Vous pourrez résilier Votre Contrat suite à cette information.**

**Si vous annulez, votre couverture cessera à compter de la prochaine date de renouvellement et plus aucune cotisation ne sera pas prélevée. Vous ne serez plus couvert par la Police ni redevable d'autres primes.**

#### **L. CONDITIONS DE RÉSILIATION OU DE NON RENOUVELLEMENT DE VOTRE CONTRAT DE NOTRE PART**

**Nous avons le droit de ne pas renouveler le Contrat à tout moment moyennant un préavis écrit d'au moins 30 jours envoyé à Votre dernière adresse connue afin de Vous laisser le temps et la possibilité d'organiser une couverture de remplacement si Vous le souhaitez.**

**Nous exposerons le motif du non-renouvellement ou de la résiliation dans Notre courrier. Les motifs valables incluent, sans s'y limiter:**

- **le non-paiement d'une Prime;**

#### **M. COMMENT DÉCLARER UN SINISTRE ?**

##### **M-1. DÉCLARATION DE SINISTRE**

Pour déclarer un sinistre en vertu des points Décès accidentel ou Invalidité totale et permanente du Contrat, contactez le Centre de Service Clientèle et demandez un formulaire de déclaration de sinistre. Nous demanderons les précisions et toute information appropriée dont Nous aurons besoin afin d'étudier la déclaration de sinistre.

Une fois que Vous avez reçu le formulaire de déclaration de sinistre, vous devez le remplir et Nous le renvoyer, accompagné des informations répertoriées ci-dessous.



Si possible, la Personne assurée doit envoyer avec le formulaire de déclaration de sinistre la documentation suivante (liste non exhaustive):

Pour les Décès accidentels:

- Une copie du certificat de décès
- Un Certificat médical indiquant la cause exacte du décès et, si possible, si un État de santé antérieur était un facteur contribuant au Décès accidentel

Pour l'Invalidité totale et permanente :

- Un Certificat médical certifiant le niveau de l'Invalidité totale et permanente de la Personne assurée et, si possible, si un État de santé antérieur était un facteur contribuant à l'Invalidité totale et permanente

Pour les Décès accidentels et l'Invalidité totale et permanente:

- Une copie du Certificat d'adhésion
- Tous les certificats médicaux, rapports, radiographies et examens médicaux en Votre possession
- Une copie de tout rapport officiel en Votre possession, tel qu'un rapport de police sur l'accident
- Des coupures de presse, le cas échéant, ou toute autre information sur l'Accident
- Une copie du rapport d'accident du travail fourni par la Sécurité sociale du lieu où s'est produit l'Accident du travail.
- Justificatif que l'Adulte assuré ou l'Enfant assuré victime du Décès accidentel répond à la définition d'Adulte assuré ou d'Enfant assuré tel que détaillé dans la Section B – Définitions. Par exemple un acte de mariage, un acte de naissance ou des papiers d'adoption
- Tout justificatif que Vous êtes le Bénéficiaire (par exemple une copie d'un acte de naissance ou de mariage, une copie des papiers d'adoption, une copie de votre carte d'identité, un document fourni par le notaire de l'Assuré décédé)

En outre, le Département des Sinistres enverra en même temps que le formulaire de déclaration de sinistre un questionnaire médical pour l'Adulte assuré, ou ses représentants, à faire remplir par le Médecin de son choix. Pour garantir la confidentialité, il sera demandé à ce Médecin de fournir les informations sur l'état médical de l'Adulte assuré et de remplir le questionnaire médical dans une enveloppe séparée avec la mention « Confidentiel », à Notre médecin. Notre médecin fera part de ses conclusions comme point d'administration pour qu'une décision soit prise concernant la déclaration de sinistre.

Nous nous réservons le droit de demander tout document ou information que Nous considérons nécessaire pour prendre une décision concernant la déclaration de sinistre et, à Nos frais, pour obtenir un rapport sur toute documentation.

L'Adhérent doit conserver les copies de tous ces documents et Nous les envoyer en recommandé. Nous renverrons tous les documents en recommandé.

Pour assurer le traitement efficace de la déclaration de sinistre, Nous avons le droit de désigner une organisation tierce pour traiter les déclarations de sinistre en Notre nom. Nous fournirons les informations et les détails nécessaires lorsqu'une déclaration de sinistre est faite.

## M-2. RÈGLEMENT DE SINISTRES

Nous ne verserons l'Indemnité que si les certificats et autres justificatifs que Nous demandons sont remis sur demande.

La personne habilitée à déclarer un sinistre au titre de Votre Contrat sera normalement l'Adhérent, le Bénéficiaire ou le représentant approprié de L'Adhérent. Les coordonnées figurent dans Votre Certificat d'adhésion.

Une fois que Nous convenons de la prise en charge du sinistre, Nous verserons les Indemnités au Bénéficiaire dans les trente (30) jours et Notre engagement à l'égard de cette personne assurée cessera. Aucun intérêt n'est dû de Notre part sur les règlements de sinistres.

## N. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### N-1. RÉVISION DES CONDITIONS DU CONTRAT

Conformément aux dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances, en accord avec le Souscripteur, Nous sommes en droit de modifier le contenu de Votre Contrat. Vous serez informé par écrit de ces modifications 3 mois au minimum avant la date d'effet de ces modifications. Vous pourrez alors résilier Votre adhésion au Contrat, à défaut de résiliation de Votre part, Nous Vous délivreront alors un nouveau Certificat d'adhésion dans lequel la Date d'effet des modifications sera indiquée.

**Si Nous Vous faisons part de telles modifications, Nous en exposerons le motif, par exemple :**

- **nous adapter à des évolutions de la législation**
- **répondre à des exigences réglementaires**
- **refléter de nouvelles orientations du secteur et des codes de conduite qui relèvent les niveaux de protection des consommateurs**
- **répondre à des variations des taux d'imposition; ou**
- **refléter d'autres coûts légitimes ou des hausses ou baisses des Indemnités dans le cadre de la poursuite de la fourniture des services et Indemnités en vertu de Votre Contrat.**

### N-1. Modifications du nom ou de l'adresse du Souscripteur

**Vous devez Nous informer de toute modification de Votre adresse et/ou nom. Nous continuerons**

**de communiquer avec Vous et à Vous envoyer des notifications sur Votre Contrat à votre dernière adresse connue et au nom auquel Vous êtes enregistré dans nos dossiers. Nous partirons du principe que toute communication et/ou notification au sujet de Votre Contrat envoyé à Votre dernière adresse connue a été reçue par Vous.**

## **N-2. DEVISE**

L'intégralité des Indemnités et des Primes sont payables en euros.

## **N-4. INFORMATIONS INCORRECTES, INCOMPLÈTES OU FAUSSES**

**Vous devez apporter un soin raisonnable pour répondre de manière exhaustive et précise aux questions que Nous posons lorsque Vous souscrivez ou apportez des changements à Votre Contrat ou encore lorsque vous présentez une déclaration de sinistre au titre de Notre Contrat. En cas de doute, veuillez Nous contacter.**

**Toute fausse déclaration intentionnelle de votre part entraîne la nullité du contrat dans les conditions prévues à l'article L. 113-8 du Code des assurances, l'intégralité des primes payées Nous demeureront acquises.**

**Dans les conditions de l'article L.113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle entraînera soit l'augmentation de la prime, soit la résiliation du Contrat de Notre part, dix jours après qu'une notification vous aura été adressée. Si l'omission ou la déclaration inexacte est connue après la survenance du Décès accidentel ou de l'Invalidité totale et permanente, l'indemnité versée pourra être réduite.**

## **N-4. DROIT APPLICABLE, LANGUE ET COMPÉTENCE**

Le présent Contrat sera régi par le droit français. Vous et Nous convenons de nous soumettre à la compétence des tribunaux français pour trancher tout litige en vertu du ou en rapport avec le présent Contrat.

Sauf accord contraire, les conditions et autres informations relatives au présent Contrat seront indiquées en français.

## **N-5. MODE DE FONCTIONNEMENT DU FINANCIAL SERVICES COMPENSATION SCHEME (FSCS)**

Nous sommes couverts par le Financial Services Compensation Scheme (FSCS) britannique et Vous pouvez bénéficier d'une compensation de la part du FSCS si Nous ne sommes pas en mesure de répondre à Nos engagements à Votre égard. Ce système dépend du type d'activité et des circonstances du sinistre. De plus amples informations sur les régimes de compensation sont disponibles auprès du FSCS sur le site [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk) ou par téléphone au +44 (0) 20 7741 4100.

## **N-6. RÉCLAMATIONS**

Nous nous attachons à offrir un service approprié à Nos clients. Toutefois, il peut arriver que Vous ne soyez pas satisfait du service offert. Dans ce cas, veuillez Nous aider à y remédier en contactant dans un premier temps Notre Centre de Service Client dont les coordonnées figurent dans Votre Certificat d'adhésion.

Nous essayerons toujours de régler Votre réclamation d'ici la fin du jour ouvrable suivant sa réception. S'il est peu probable que Nous parvenions à régler Votre réclamation dans ce délai, Nous Vous enverrons une lettre

avec accusé de réception contenant un résumé détaillé de Votre réclamation et une estimation du délai nécessaire à son règlement. Dans l'éventualité peu probable où Nous n'avons pas réglé Votre réclamation dans un délai de 8 semaines, Nous vous expliquerons en détail la cause du retard et nous vous indiquerons clairement quand Nous prévoyons d'être en mesure d'aboutir à un règlement final.

Une lettre de réponse finale sera envoyée pour répondre pleinement à Vos préoccupations.

Si, après avoir suivi la procédure ci-dessus, Vous estimez que Votre réclamation n'est toujours pas réglée de manière satisfaisante, Vous êtes en droit de soumettre l'affaire à l'un des organismes suivants:

Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris (CMAP)

39 Avenue FD Roosevelt, 75008 Paris

Téléphone: 01 44 95 11 40

Site Internet: [www.cmap.fr](http://www.cmap.fr)

Ou:

Financial Ombudsman Service

Exchange Tower, London E14 9SR. Royaume-Uni.

Téléphone: +44 (0) 20 7964 0500

Site Internet: [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

#### **N-7. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE**

**Nous ne serons pas tenus d'accepter ou d'être affectés par toute notification de fiducie, mise en gage ou transfert relatif au présent Contrat.**

#### **N-9. DOUBLE ASSURANCE**

**Veillez noter que sauf accord entre Nous, Vous n'aurez droit, à tout moment, à une couverture d'assurance qu'en vertu d'un seul Contrat.**

#### **O. NOTRE ADRESSE ET SUPERVISION**

Stonebridge International Insurance Ltd. est une compagnie d'assurance proposant des services d'assurance généralistes. Notre siège social est sis: 4th Floor, 7/10 Chandos Street, London, W1G 9DQ et Notre numéro d'immatriculation est 3321734.

Nous proposons nos services en France dans le cadre de la libre prestation des services. Nous sommes autorisés par la Prudential Regulation Authority et supervisés par la Financial Conduct Authority et la Prudential Regulation Authority au Royaume-Uni. Notre numéro d'immatriculation auprès de la FCA est 203188. Vous pouvez vérifier ces informations dans le Financial Services Register en Vous rendant sur le site Internet de la Financial Conduct Authority (FCA) [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) ou en contactant la FCA au numéro suivant: +44 (0) 20 7066 1000

#### **P. PROTECTION DES DONNÉES**

Nous sommes le contrôleur des données de toutes les informations personnelles qui nous sont fournies sur le/la titulaire et d'autres personnes couvertes par la police ou la déclaration de sinistre (tel que défini dans European Union General Data Protection Regulations and any successor regulation (EU GDPR)) Il est de votre responsabilité de vous assurer que toutes les personnes nommées figurant sur la police

savent qui nous sommes et comment leurs informations seront traitées.

Vos informations personnelles seront utilisées dans le but de fournir des services d'assurance pour décider si nous pouvons vous offrir une assurance pour administrer votre police et traiter les déclarations de sinistre.

Nous conservons les informations personnelles pendant la période nécessaire pour atteindre les objectifs énoncés ci-dessus et nous pouvons être tenus de conserver ces informations après la fin de votre police à des fins légales, réglementaires ou fiscales.

Nous faisons partie du groupe Embignell et nous pouvons partager vos informations personnelles avec le groupe Embignell, les réassureurs, les partenaires commerciaux et les agents pour aider à administrer les produits et services et respecter nos obligations réglementaires. Plus d'informations peuvent être trouvées dans notre politique de confidentialité qui peut être consultée en ligne à [www.embignell.com/privacy-policy](http://www.embignell.com/privacy-policy)

En vertu de la loi sur la protection des données, vous disposez de certains droits dont nous devons vous informer. Les droits dont vous disposez dépendent de la raison pour laquelle nous traitons et conservons vos informations.

Vous avez le droit de:

- accéder aux informations personnelles que nous détenons sur vous, ou sur toute autre personne sur la politique
- corriger les informations personnelles que vous jugez inexactes ou pour mettre à jour les informations que vous pensez incomplètes
- faire supprimer des informations personnelles dans certaines circonstances
- nous restreindre le traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- vous opposer au traitement des informations personnelles, dans certaines circonstances
- Se plaindre

Si vous souhaitez exercer l'un de vos droits ou pour toute question, nous avons un délégué à la protection des données dédié que vous pouvez contacter.

Coordonnées pour les contacter:

Par email: [dataprotection@embignell.com](mailto:dataprotection@embignell.com)

Par courrier: Équipe de protection des données, 39/51 Highgate Road, Londres NW5 1RT.

Les informations que vous avez demandées seront fournies dans un format adapté à vos besoins.

Si nous ne pouvons pas résoudre la réclamation à votre satisfaction et que vous êtes un résident d'un État de l'UE / EEE, vous avez également le droit de contacter votre autorité locale de protection des données aux coordonnées ci-dessous, qui est l'autorité de surveillance de votre État protégeant les droits de les personnes en vertu de la réglementation actuelle du RGPD de l'UE.

**Autorité locale de protection des données**

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - CNIL  
3 Place de Fontenoy

FR DP FV3\_4 GROUP TCs FINAL v1 160221

TSA 80715 – 75334 Paris, Cedex 07  
Tel. +33 1 53 73 22 22  
Fax +33 1 53 73 22 00  
contact: <https://www.cnil.fr/en/contact-cnild>  
Website: <http://www.cnil.fr/>

L'avis de protection des données complet peut être consulté en ligne à l'adresse [www.stonebridge-insurance.com/fr/---/Data-Protection/](http://www.stonebridge-insurance.com/fr/---/Data-Protection/) ou vous pouvez demander une copie en contactant le service client.

#### **Q. PRESCRIPTION**

Conformément aux articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court:

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

(ii) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, à savoir:

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Une déclaration de sinistre en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une cour de justice sans juridiction ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée

Et la prescription est également interrompue 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 avis de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement du versement unique à l'adhésion et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celles-ci.