Notice sur l'assurance facultative

Exemplaire Prêteur
À RENVOYER

Cette Notice est le résumé de la convention d'assurance collective n° 2814/707, réservée aux titulaires d'un crédit consenti par BNP Paribas Personal Finance, S. A. au capital de 546 601 552 euros - 542 097 902 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris - N° ORIAS : 07 023 128 (www.orias.fr) ci-après dénommé « le Prêteur », et souscrite par ce dernier auprès de - CARDIF Assurance Vie - S. A. au capital de 719 167 488,00 euros - 732 028 154 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et CARDIF-Assurances Risques Divers - S. A. au capital de 24 602 240,00 euros - 308 896 547 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann - 75009 Paris pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'emploi, ci-après dénommées « l'Assureur" ou "CARDIF » – Entreprises régies par le Code des assurances.

LEXIQUE

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont donc pas des accidents au sens du contrat : le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide ; les maladies, leurs conséquences ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. A titre d'exemple, un « accident vasculaire » ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

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

Le terme « assuré » désigne l'emprunteur et le co-emprunteur.

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

Chômage partiel : est considéré comme du chômage partiel le licenciement de l'Assuré de l'emploi salarié (ou des emplois salariés) qui lui procurai(en)t moins de 70% de sa rémunération mensuelle moyenne calculée sur les 12 derniers mois et ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part du Pôle Emploi ou organisme assimilé.

Contrat à distance : tout contrat conclu entre un professionnel et un consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat (téléphone, e-mail...).

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail ou de chômage au-delà duquel une indemnisation est possible.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT/M) : est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail par l'Assureur, l'Assuré dont l'état de santé, constaté sur prescription médicale par suite de maladie ou d'accident, interdit l'exercice d'une activité professionnelle et qui, en outre, n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. L'Assuré doit également exercer une activité professionnelle rémunérée ou percevoir des allocations du Pôle emploi ou organisme assimilé au jour du sinistre.

Perte d'Emploi suite à un licenciement (PE/C) : est considérée comme une Perte d'Emploi suite à un licenciement, le licenciement de l'Assuré, ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part du Pôle Emploi ou organisme assimilé. En cas de multi-employeurs, la Perte d'Emploi s'entend du licenciement de l'Assuré de l'emploi salarié (ou des emplois salariés) qui lui procurai(en)t au moins 70% de sa rémunération mensuelle moyenne calculée sur les 12 derniers mois et ouvrant droit au versement des allocations de chômage de la part du Pôle Emploi ou organisme assimilé.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA/I) : est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré reconnu inapte par l'Assureur à tout travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, et définitivement incapable de se livrer à une activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et devant avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se nourrir, se vêtir, se déplacer).

Sinistre : événement susceptible de déclencher les garanties du contrat : Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale de travail ou Perte d'emploi suite à un licenciement.

Article 1 - Objet du contrat :

Le présent contrat a pour objet de garantir l'Adhérent contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail et de Perte d'Emploi à la suite d'un licenciement survenant avant le terme de ses engagements au titre du crédit consenti par le Prêteur.

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

- D « Décès » (D)
- B « Décès dans le cadre de la convention AERAS » (B)
- DIM « Décès » (D), « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (I), « Incapacité Temporaire Totale de travail » (M)
- DIMC « Décès » (D), « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (I), « Incapacité Temporaire Totale de travail » (M), « Perte d'Emploi suite à un licenciement » (C)

Le changement de formule en cours d'adhésion est impossible.

Article 2 - Conditions d'admission :

Est admissible à la présente assurance et sera désignée sous le terme d'Assuré, toute personne physique :

- résidente en France;
- étant âgée de plus de 18 ans lors de la conclusion du contrat ;
- ayant contracté un crédit auprès du Prêteur d'un montant maximum de 150.000 euros ;
- ayant complété le questionnaire de santé en fonction de sa situation et du montant du crédit ;

Conditions d'admission complémentaires :

Pour la formule de garantie **D** :
- être âgé de moins de 80 ans

Pour la formule de garanties **DIM** :
- être âgé de moins de 65 ans
- exercer une activité professionnelle salariée ou percevoir des allocations du Pôle Emploi.

Pour la formule de garanties **DIMC** :
- être âgé de moins de 65 ans
- exercer une activité professionnelle salariée en contrat à durée indéterminée.

En outre, pour l'Assuré adhérant dans le cadre de la convention AERAS, l'encours des capitaux est au plus égal à 17 000 euros, la durée de remboursement n'excède pas 48 mois et l'Assuré doit avoir moins de 51 ans.

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

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

Et

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

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

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

• Date de conclusion du contrat

Le contrat est conclu :
- En cas de vente en face à face ou d'adhésion à distance avec signature de la demande d'adhésion : à la date de signature de la demande d'adhésion
- En cas d'adhésion par téléphone sans signature de la demande d'adhésion : à la date de l'appel téléphonique au cours duquel l'Adhérent a donné son consentement à l'adhésion.

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

-Durée du contrat :

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

• Date de prise d'effet des garanties

En cas d'adhésion sans questionnaire médical :

Les garanties prennent effet à l'expiration d'un **délai de carence de 180 jours** à compter de la date de conclusion du contrat.

Toutefois, lorsque le sinistre est d'origine accidentelle ou en cas de survenance d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'un accident vasculaire cérébral, les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de travail prennent effet à la date de conclusion du contrat.

En cas d'adhésion avec questionnaire médical :

Les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de travail prennent effet à la date d'acceptation du risque par Cardif qui correspond à la date d'envoi par Cardif du courrier d'accord à l'assurance.

La garantie Perte d'Emploi à la suite d'un licenciement prend effet après un **délai de carence de 180 jours**. Ce délai court à compter de la date de conclusion du contrat.

Dans tous les cas, en cas de vente à distance, l'Assuré est couvert gratuitement selon la formule choisie pour la période comprise entre la date de conclusion du contrat et la fin du délai de renonciation de 14 jours calendaires.

TOURNEZ SVP

Notice sur l'assurance facultative

• Cessation des garanties :
Les garanties cessent :
- en cas de résiliation du contrat suite au non-paiement des primes d'assurance conformément à l'article L113-3 du Code des Assurances,
- en cas de déchéance du terme du contrat de prêt,
- à la date d'expiration des engagements de l'Adhérent, tels que définis dans le contrat de crédit et ses avenants éventuels,
- en cas de remboursement anticipé total du prêt quelle qu'en soit la cause,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance demandée par l'Adhérent à l'expiration d'un délai d'un an par lettre recommandée adressée à BNP Paribas Personal Finance - Service Client - 95908 Cergy Pontoise cedex 09 au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit de résiliation appartient à l'Assureur dans les mêmes conditions
- à la date de la mise en jeu des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

De plus, les garanties cessent, au plus tard :
- pour la garantie Décès, dès la fin du mois du 81ème anniversaire de l'Adhérent.
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Incapacité Temporaire Totale de travail dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants :
- le 67ème anniversaire de l'Adhérent,
- la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Adhérent (sauf pour raisons médicales),
- le départ ou la mise en préretraite ou en retraite de l'Adhérent (sauf pour raisons médicales),
- la liquidation de toute pension de retraite (sauf pour raisons médicales).

- pour la garantie Perte d'Emploi suite à un licenciement,
dès la fin du mois où survient l'un des événements suivants:
- la fin d'éligibilité définitive de l'Assuré au versement des allocations de chômage par le Pôle Emploi ou organisme assimilé,
- la cessation définitive de l'activité professionnelle de l'Adhérent,
- le départ ou mise en préretraite ou en retraite de l'Adhérent,
- la liquidation de toute pension de retraite.

Article 4 – Dispositions communes à l'ensemble des garanties :
En cas de sinistre, l'Assureur verse les prestations en fonction de la formule de garantie choisie. Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % des sommes assurées en cas de sinistres concomitants ou non entre des co-assurés. Les sommes échues au titre du Financement et restées impayées au jour du sinistre ne sont pas prises en charge par l'Assureur.
Pour être pris en charge par l'Assureur, le sinistre doit s'être produit postérieurement à la prise d'effet mentionnée à l'article 3.

Article 5- Garantie « Décès » (D) :
L'Assureur règle au Prêteur le montant du capital restant dû au titre du crédit à la date du décès.

Article 6 - Garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (I) :
L'Assureur règle au Prêteur le montant du capital restant dû pris en compte à la date de constatation médicale de l'état ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnu par l'Assureur diminué des éventuelles prises en charge faites au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Pour bénéficier de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré doit exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations du Pôle Emploi ou organisme assimilé au jour du sinistre.

Article 7 - Garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » (M) :
L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit venant à échéance à compter du 91ème jour consécutif (franchise) à la date de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, **dans les limites fixées par l'Article 9 LIMITATION DES GARANTIES**.
Pour bénéficier de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré doit :
- être en interruption totale et continue de travail constatée médicalement depuis au moins 90 jours consécutifs (franchise) par suite de maladie ou d'accident survenu(e) après la date de prise d'effet de la garantie,
- exercer une activité professionnelle ou percevoir des allocations du Pôle Emploi ou organisme assimilé au 1er jour d'arrêt de travail.

Article 8 - Garantie "Perte d'Emploi suite à un licenciement" (C) :
L'Assureur règle au Prêteur les mensualités de crédit venant à échéance à compter du 91ème jour consécutif (franchise) de chômage total et continu indemnisé par Pôle Emploi ou organisme assimilé, **dans les limites fixées par l'Article 9 LIMITATION DES GARANTIES**.
Pour pouvoir bénéficier de la garantie Perte d'Emploi suite à un licenciement, l'Assuré doit :
- avoir fait l'objet d'un licenciement notifié plus de 180 jours (délai de carence) après la date de conclusion du contrat,
- percevoir une indemnisation de la part de Pôle Emploi ou organisme assimilé ;
- être en interruption totale et continue de travail suite à cette Perte d'Emploi depuis au moins 90 jours consécutifs (franchise).

Article 9 – Limitation des garanties :
L'indemnisation totale ne peut excéder 150.000 euros.
Pour chacune des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'Emploi à la suite d'un licenciement, **la prise en charge ne pourra excéder 18 remboursements mensuels en un ou plusieurs sinistres. Les droits seront reconstitués 2 ans (730 jours) après la dernière mensualité prise en charge pour tout sinistre dont la date de survenance est postérieure à la date de reconstitution des droits.**
- Par ailleurs, il est précisé que :
Pour la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » :
- le montant du remboursement pris en compte est égal au remboursement mensuel en vigueur au 1er jour d'arrêt de travail ;
- en cas de rechute pour les mêmes causes de maladie ou d'accident, survenant après une reprise d'activité professionnelle :
- si **l'Adhérent a repris le travail pendant plus de 90 jours, la rechute est considérée comme un nouveau sinistre indépendant du premier** (la prise en charge interviendra après 90 jours continus d'arrêt de travail),
- dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite du précédent arrêt de travail : prise en charge dès le 1er jour du nouvel arrêt.

- Pour la garantie « Perte d'Emploi à la suite d'un licenciement » :
- le montant du remboursement pris en compte est égal au remboursement mensuel en vigueur à la date de notification du licenciement.
- la prise en charge au titre de la garantie est interrompue en cas de suspension du versement des indemnités Pôle Emploi ou d'autres organismes assimilés. Elle reprendra, **à compter du 1er jour de reprise du versement des indemnités Pôle Emploi ou d'autres organismes assimilés si l'interruption est inférieure à 120 jours. Si l'interruption est supérieure à 120 jours,** la prise en charge au titre de la garantie **reprendra à compter du 91ème jour suivant la date de reprise du versement des indemnités Pôle Emploi ou d'autres organismes assimilés.**
- L'indemnisation au titre de la garantie cesse si une prise en charge est acceptée par l'Assureur au titre de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail ».

Article 10 – Exclusions :
Les conditions d'indemnisation s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :
- les faits intentionnels de l'Assuré,
- des suicides intervenus au cours de la première année d´assurance,
- des sinistres résultant de l´usage de stupéfiants ou de médicaments à dose non ordonnée médicalement, l'état d'ivresse (taux supérieur ou égal au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre) lorsque l'Assuré conduisait le véhicule accidenté,
- la participation active à des crimes, des délits, des duels ou des luttes, sauf en cas de légitime défense, d'accomplissement du devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'émeutes, de mouvements populaires, survenant dans un pays n'appartenant pas à l'Espace Economique Européen, ou autre que les Etats-Unis, le Canada ou la Suisse,
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, et d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
- la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, d'armes à feu.
En outre, pour la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » :
- des arrêts de travail dus au congé légal de maternité,
- des atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n´ayant pas nécessité d´intervention chirurgicale dans les 3 mois suivant le 1er jour d´arrêt de travail,
- des troubles anxio dépressifs, psychiques, psychiatriques, la fibromyalgie, la spasmophilie, le harcèlement professionnel, le burn-out et leurs conséquences n´ayant pas nécessité d´hospitalisation d´une durée minimum de 30 jours continus dans les 3 mois suivant le 1er jour d´arrêt de travail.
En outre, pour la garantie « Perte d'Emploi suite à licenciement » :
- des licenciements notifiés avant la date de prise d'effet de la garantie Perte d'Emploi suite à licenciement,
- des licenciements entre conjoints, ascendants ou descendants ;
- des licenciements pour faute grave ou lourde ;
- des périodes de formation professionnelle si l'Adhérent perçoit des allocations de formation,
- des ruptures avant terme ou des arrivées à terme des contrats de travail à durée déterminée lorsque la durée cumulée de ces contrats est inférieure à 2 ans,
- des ruptures avant terme ou des arrivées à terme des contrats conclus pour la durée d'un chantier dont la durée cumulée est inférieure à 2 ans,
- des ruptures avant terme ou des arrivées à terme survenues dans les 2 premières années d'assurance pour le présent crédit,
- des ruptures conventionnelles au sens des articles L. 1237-11 et suivants du Code du travail,
- les démissions y compris celles donnant droit à une prise en charge par le Pôle Emploi ou par un régime privé d'assurance chômage réservé aux dirigeants d'entreprise ;
- les résiliations de contrat de travail en cours ou en fin de période d'essai ;
- le chômage partiel.

Notice sur l'assurance facultative

Article 11 – Conditions de prise en charge :
Les sinistres doivent être déclarés **dans un délai maximum de 12 mois** après leur survenance au Prêteur qui transmettra la déclaration à l'Assureur. **En cas de déclaration tardive, une déchéance (perte du droit à garantie) peut être opposée à l'Assuré si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, (article L113-2 du code des assurances).**
Pour l'appréciation du bien-fondé de la demande de prise en charge, l'Adhérent (ou ses ayants droit) devra présenter les pièces justificatives suivantes :
En cas de décès :
- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- L'acte de décès
En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- La notification de mise en invalidité 3ème catégorie par la Sécurité Sociale ou organisme assimilé
En d'Incapacité Temporaire Totale de travail :
- Le questionnaire médical fourni par Cardif
- Les décomptes de règlement des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou organisme assimilé,
- Tout document daté de moins de 3 mois justifiant de l'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre
En cas de perte d'emploi :
- La lettre de licenciement remise par l'employeur
- La notification de prise en charge Pôle Emploi ou organisme assimilé
- Les décomptes de prestations versées par Pôle Emploi ou organisme assimilé
- Attestation employeur destinée au Pôle Emploi ou organisme assimilé
L'Assureur peut demander des documents complémentaires ou demander un examen à un médecin indépendant. A ce titre l'assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix.
Le refus de communiquer ces documents ou de se rendre à l'examen médical sera considéré comme une renonciation aux garanties.
L'Assureur peut également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l'arrêt de l'indemnisation.
Les frais relatifs à l'examen médical complémentaire sont à la charge de l'Assureur.
L'appréciation par l'Assureur des notions d'invalidité ou d'incapacité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale.
Les sommes dues par l'Assureur au titre des prises en charge sont réglées directement au Prêteur.
Sauf circonstances particulières et sous réserve de l'accord exprès ou tacite de Cardif, tout paiement devant être effectué par Cardif interviendra par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Économique Européen et sera libellé en euros.
Par conséquent, CARDIF pourra légitimement refuser de procéder à tout paiement par crédit d'un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou libellé dans une devise autre que l'euro.

TABLEAU SYNTHETIQUE DE LA CARENCE, DE LA FRANCHISE ET PRISE EN CHARGE PAR GARANTIE :
L'ensemble des carences, franchises, ainsi que les conditions et limites des prises en charge sont détaillées dans les articles 3 à 9 de la présente notice.

<table>
<tr><th>GARANTIE</th><th colspan="3">CARENCE</th><th>FRANCHISE</th><th>PRISE EN CHARGE</th></tr>
<tr><td></td><td>Sinistre accidentel ou survenance d'un infarctus du myocarde, d'une embolie pulmonaire ou d'un accident vasculaire cérébral</td><td>Adhésion avec questionnaire de santé</td><td>Adhésion sans questionnaire</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>D</td><td rowspan="3">0 jour</td><td rowspan="3">0 jour</td><td rowspan="4">180 jours</td><td rowspan="2">0 jour</td><td rowspan="2">Le capital restant dû</td></tr>
<tr><td>I</td></tr>
<tr><td>M</td><td rowspan="2">90 jours</td><td rowspan="2">18 mensualités maximum, les droits étant reconstitués 2 ans après la dernière mensualité prise en charge.</td></tr>
<tr><td>C</td><td>Sans Objet</td><td>180 jours</td></tr>
</table>

Article 12 - Coût de l'assurance :
Le coût de l'assurance est indiqué dans l'offre de contrat de crédit. Les primes sont perçues pour le compte de l'Assureur en même temps que les échéances de crédit. Le Prêteur règle mensuellement les primes à l'Assureur. L'Assureur pourra modifier le taux de prime à condition de prévenir l'Adhérent 3 mois avant son entrée en vigueur par l'intermédiaire du Prêteur. Une telle modification ne peut intervenir que si l'évolution des caractéristiques actuarielles du groupe assuré le justifie.
Dans le mois suivant cette notification, l'Adhérent pourra refuser la modification en résiliant par lettre simple son adhésion. A défaut, il sera réputé avoir accepté.
Le taux des cotisations pourra également être révisé à la date d'échéance des cotisations d'assurance la plus proche si les Pouvoirs Publics modifient le taux de la taxe incluse dans les cotisations.
Le paiement des cotisations doit intervenir par débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent dans un État membre de l'Union européenne ou partie de l'Espace économique européen et être libellé en euros.
Tout paiement provenant d'un compte ouvert auprès d'un établissement situé sur un autre territoire ou dans une devise autre que l'euro pourra être refusé.
À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Adhérent une lettre recommandée, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, si 30 jours après son en¬voi, la ou les cotisation(s) ou fraction de cotisation due(s) n'est (ne sont) toujours pas payée(s), les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (article L113-3 du code des assurances).

Article 13 - Faculté de renonciation :
- En cas de démarchage (conformément à l'article L 112-9 du Code des Assurances) :
« *Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.* »
Dans ce cas l'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, date à laquelle est conclue l'opération d'assurance. L'Adhérent doit pour cela adresser à l'Assureur une lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante : BNP Paribas Personal Finance - Service Client - 95908 Cergy Pontoise cedex 09, rédigée par exemple selon le modèle suivant : "Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat N° Le (date) Signature".
Cardif rembourse, le cas échéant, l'intégralité des sommes éventuellement versées par l'Adhérent dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.
A compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.
- En cas de contrat à distance
L'Adhérent bénéficie de la faculté de renonciation selon les modalités ci-dessus. Le délai de renonciation court à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

Article 14 - Demandes d'information et réclamations :
Toute demande d'information concernant l'assurance peut être exercée à l'adresse suivante :
- BNP Paribas Personal Finance
- Service Client
- 95908 Cergy Pontoise cedex 09

Ou par téléphone au : 09 69 32 05 03 (Prix d'un appel local)
Pour toute réclamation :
La réponse à la réclamation de l'assuré sera apportée dans les meilleurs délais et au plus tard, dans les deux mois de sa réception. Le cas échéant, si des circonstances particulières justifient d'un délai de traitement plus long, l'assuré en sera dûment informé.
1er niveau :
L'assuré peut contacter le gestionnaire :
à l'adresse suivante :
- BNP Paribas Personal Finance
- Service Client
- 95908 Cergy Pontoise cedex 09

Ou par téléphone au : 09 69 32 05 03 (Prix d'un appel local)
Le service qui réceptionnera la réclamation de l'assuré lui adressera un accusé réception dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.
2ème niveau :
En cas de désaccord sur la réponse donnée au 1er niveau, l'assuré a la possibilité de s'adresser par courrier :
au Service qualité réclamations à l'adresse suivante :
CARDIF Assurance Vie / CARDIF Assurances Risques Divers
Service qualité réclamations –
Prévoyance SH 123
8, rue du Port
92728 Nanterre CEDEX

Notice sur l'assurance facultative

Ce service adressera à l'assuré un accusé réception de sa réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.
En cas de désaccord persistant
3ème niveau :
En cas de désaccord persistant sur la réponse donnée au 2ème niveau et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'assuré ou ses ayants droits peuvent solliciter l'intervention du Médiateur de l'Assurance :
par courrier à l'adresse suivante :
Le Médiateur de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09
en ligne via le formulaire de contact dédié : www.mediation-assurance.org
Le Médiateur de l'assurance est une personne extérieure et indépendante de CARDIF. La sollicitation du Médiateur de l'Assurance est le dernier recours amiable avant d'entreprendre une démarche judiciaire.
La procédure est écrite, gratuite, et confidentielle.
La Charte de la Médiation ainsi que les conditions d'accès au Médiateur sont disponibles sur le site internet de l'association La Médiation de l'Assurance (www.mediation-assurance.org).
Les dispositions de la présente section, relative au processus pour effectuer une réclamation, s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales que vous pouvez exercer à tout instant.

Article 15 Prescription :
Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, « toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent/souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».
Conformément à l'article L. 192-1 du Code des assurances, « si le souscripteur/l'adhérent a sa résidence principale dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à 5 ans en matière d'assurance vie ».
Conformément aux dispositions de l'article L. 114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».
Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2244 du Code civil:
- « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription » ;
- « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription (...) » ;
- « Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure » ;
- « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance » et cette interruption « est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée » ;
- « Le délai de prescription (...) est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée » ;
Conformément aux dispositions de l'article L. 114-3 du Code des assurances, « par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».
Conformément aux dispositions des articles 2233 à 2239 du Code civil:
- « La prescription ne court pas : à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ; à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ; à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé ;
- La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure ;
- Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts ;
- Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité ;
- Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession ;
- La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative.
Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois ;
- La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.
Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Article 16 - Informatique et Libertés
Dans le cadre de la relation d'assurance, l'Assureur, en tant que responsable de traitement, est amené à recueillir auprès de l'Adhérent des données à caractère personnel protégées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et par le Règlement (UE) général sur la protection des données n°2016-679.
Les données à caractère personnel qui sont demandées par l'Assureur sont obligatoires. Si des données à caractère personnel demandées par l'Assureur sont facultatives, cela sera précisé au moment de leur collecte.
Les données à caractère personnel collectées par l'Assureur sont nécessaires :
a. Pour respecter les obligations légales et règlementaires auxquelles il est soumis
L'Assureur collecte les données à caractère personnel de l'Adhérent afin d'être conforme aux différentes obligations légales et règlementaires qui s'imposent à lui, telles que :
• La prévention de la fraude à l'assurance ;
• La lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ;
• La lutte contre la fraude fiscale, l'accomplissement des contrôles fiscaux et les obligations de notification ;
• La surveillance et le report des risques que l'Assureur pourrait encourir ;
• La réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée.
b. Pour l'exécution d'un contrat avec l'Adhérent ou pour prendre des mesures, à sa demande, avant de conclure un contrat
L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent pour conclure et exécuter ses contrats, et en particulier :
• Evaluer les caractéristiques du risque pour déterminer une tarification ;
• Gérer les réclamations et l'exécution des garanties du contrat ;
• Communiquer à l'Adhérent des informations concernant les contrats de l'Assureur ;
• Accompagner l'Adhérent et répondre à ses demandes ;
• Evaluer si l'Assureur peut proposer à l'Adhérent un contrat d'assurance et le cas échéant évaluer à quelles conditions.
c. Pour la poursuite d'un intérêt légitime
L'Assureur utilise les données à caractère personnel de l'Adhérent dans le but de déployer et développer ses contrats d'assurance, pour améliorer sa gestion des risques et pour faire valoir ses droits, en particulier :
• La preuve du paiement de la prime ou cotisation d'assurance ;
• La prévention de la fraude ;
• La gestion des systèmes d'information, comprenant la gestion des infrastructures (ex: plateforme partagée), ainsi que la continuité des opérations et la sécurité informatique ;
• L'établissement de modèles statistiques individuels, basés sur l'analyse du nombre et de la fréquence des sinistres pour l'Assureur, par exemple dans le but d'aider à définir le score de risque d'assurance de l'Adhérent ;
• L'établissement de statistiques agrégées, de tests et de modèles pour la recherche et le développement, dans le but d'améliorer la gestion des risques ou dans le but d'améliorer les produits et services existants ou d'en créer de nouveaux ;
• Le lancement de campagnes de prévention, par exemple en créant des alertes liées à la survenance de catastrophes naturelles ou d'intempéries, en cas de ralentissement sur les routes, verglas... ;
• La sensibilisation du personnel de l'Assureur par l'enregistrement des appels émis et reçus par ses centres d'appel ;
• La personnalisation des offres de l'Assureur pour l'Adhérent et de celles des autres entités de BNP Paribas à travers l'amélioration de la qualité de ses contrats d'assurance, ou la communication concernant ses contrats d'assurance en fonction de la situation de l'Adhérent et de son profil.
Cela peut être accompli par :
- La segmentation des prospects et clients de l'Assureur ;
- L'analyse des habitudes et préférences de l'Adhérent dans l'utilisation des différents canaux de communication que l'Assureur met à sa disposition (mails ou messages, visite des sites internet de l'Assureur, etc.) ;

Notice sur l'assurance facultative

- Le partage des données de l'Adhérent avec une autre entité de BNP Paribas en particulier si l'Adhérent est ou va devenir un client de cette autre entité ; et
- L'association des données relatives aux contrats que l'Adhérent a déjà souscrits ou pour lesquels il a effectué un devis, avec d'autres données que l'Assureur possède sur lui (ex: l'Assureur peut identifier que l'Adhérent a des enfants mais qu'il ne dispose pas encore de protection assurance familiale).
• L'organisation de jeux concours, loteries et campagnes promotionnelles.
Les données à caractère personnel de l'Adhérent peuvent être regroupées au sein de statistiques anonymes qui peuvent être fournies à des entités du Groupe BNP Paribas pour les aider dans le développement de leur activité.
L'Adhérent dispose des droits suivants :
• Droit d'accès : l'Adhérent peut obtenir les informations relatives au traitement de ses données à caractère personnel, et une copie de ces dernières.
• Droit de rectification : dès lors qu'il considère que ses données à caractère personnel sont inexactes ou incomplètes, l'Adhérent peut demander à que ses données à caractère personnel soient modifiées en conséquence.
• Droit à l'effacement : l'Adhérent peut demander la suppression de ses données à caractère personnel, dans la limite de ce que permet la loi.
• Droit à la limitation : l'Adhérent peut demander la limitation des traitements sur ses données à caractère personnel.
• Droit d'opposition : l'Adhérent peut formuler une opposition au traitement de ses données à caractère personnel, pour des raisons tenant à sa situation particulière. L'Adhérent bénéficie par ailleurs d'un droit d'opposition absolu concernant les traitements de ses données à caractère personnel aux fins de prospection commerciale, et y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.
• Droit de retirer son consentement : lorsque l'Adhérent a donné son consentement pour le traitement de ses données à caractère personnel, il a le droit de retirer son consentement à n'importe quel moment.
• Droit à la portabilité des données : dans certains cas, l'Adhérent a le droit de récupérer les données à caractère personnel qu'il a délivrées à l'Assureur, ou lorsque cela est techniquement réalisable, de solliciter leur transfert à un autre responsable de traitement.
• Droit à la mort numérique : l'Adhérent peut définir auprès de l'Assureur des directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. L'Adhérent peut modifier ou révoquer ces directives particulières à tout moment.
Pour exercer l'un des droits listés ci-dessus, l'Adhérent doit adresser un courrier ou mail à l'adresse suivante :
BNP PARIBAS CARDIF - DPO
8, rue du Port, 92728 Nanterre Cedex-France, ou
data.protection@cardif.com.
Toute demande de l'Adhérent doit être accompagnée d'une photocopie/scan de sa pièce d'identité afin que l'Assureur puisse avoir une preuve de son identité.
Si l'Adhérent souhaite avoir plus d'informations sur le traitement de ses données à caractère personnel réalisé par l'Assureur, il peut consulter la Notice « protection des données » disponible directement à l'adresse suivante : www.cardif.fr/data-protection-notice.
Cette Notice contient l'ensemble des informations relatives aux traitements des données à caractère personnel que l'Assureur, en tant que responsable du traitement, doit fournir à l'Adhérent, en ce compris les catégories de données à caractère personnel traitées, leur durée de conservation ainsi que les destinataires éventuels des données à caractère personnel.
En cas de déclaration d'un sinistre notamment, l'Adhérent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données concernant son état de santé.
L'Adhérent accepte expressément que des données sur son état de santé peuvent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la gestion du contrat d'assurance.
Lors de l'adhésion du contrat, l'Adhérent peut parfois être amené à transmettre à l'Assureur des données relatives à son état de santé, par exemple lorsqu'il complète une déclaration de bonne santé, un questionnaire médical ou lorsqu'il doit réaliser des formalités médicales.
L'Adhérent accepte expressément des données sur son état de santé peuvent être traitées par l'Assureur dans le seul but de permettre la conclusion du contrat d'assurance.
Lorsque l'Adhérent complète un questionnaire de santé par voie dématérialisée, l'émission ou non d'une offre et les conditions de celle-ci (notamment en termes de garanties, de montant de prime et d'éventuelles formalités médicales complémentaires) sont déterminées de manière automatisée, sur la base des réponses qu'il a apportées. Des questions supplémentaires peuvent être posées à l'Adhérent afin de permettre une évaluation plus précise du risque tenant compte de son état de santé (en ce compris les maladies affectant l'Adhérent ou les accidents qu'il a subis).
En fonction des réponses de l'Adhérent, une offre d'assurance peut être émise. La prime et la couverture de cette offre d'assurance pourront être adaptées (ajout de certaines exclusions, retrait de certaines garanties).
L'Adhérent a le droit de contester ces décisions automatisées auprès d'un membre du personnel de l'Assureur qui devra tenir compte de son point de vue. Ce droit s'exerce dans les conditions fixées au sein de la Notice « protection des données » (section 7).

Article 17 – Contrat sous forme électronique :
Le présent contrat est sous forme électronique en cas d'adhésion dématérialisée sur le lieu de vente.
Preuve du Contrat : La preuve de ce contrat peut être établie conformément aux articles 1366 et 1368 du Code civil. L'Adhérent reconnaît et accepte que les enregistrements informatiques réalisés par le Prêteur ont force probante entre les parties.
L'Adhérent convient que la signature électronique utilisée pour signer le contrat sera admise au même titre qu'une signature manuscrite sur support papier, avec la même force probante
Accès au Contrat par l'Adhérent : L'original du contrat, entendu comme le document figé ayant reçu l'accord des parties, est conservé sous forme électronique par le Prêteur selon des modalités techniques dûment documentées permettant de préserver l'intégrité du contrat et d'attester de sa conclusion. Conformément à l'article 1375 du Code civil relatif aux originaux des conventions synallagmatiques, le dispositif technique mis en œuvre par le Prêteur permet à l'Adhérent de demander à tout moment d'avoir accès à l'original de son contrat en suivant les instructions portées sur le courrier électronique envoyé à l'Adhérent après la conclusion du contrat.
L'Adhérent reconnaît et accepte que toute impression papier du contrat constitue une copie, et qu'en cas de litige portant sur le contenu du contrat, seul l'original électronique conservé par le prêteur fera foi, conformément à l'article 1379 du Code civil.
Acceptation du contrat : Si le présent contrat présenté à l'Adhérent sur le lieu de vente convient à l'Adhérent, celui-ci manifeste son acceptation au Prêteur en signant celui-ci électroniquement selon les modalités exposées ci-après. L'Adhérent exprime ses choix en cochant des croix et en apposant sa signature manuscrite sur l'écran proposé à la fin de l'adhésion. Le contrat enrichi d'un fichier récapitulant les consentements et les options choisies par l'Adhérent sont signés électroniquement conformément aux dispositions de l'article 1367 du Code civil : l'Adhérent ayant été dûment identifié par l'intermédiaire le dispositif technique utilisé pour la signature électronique permet de garantir le lien entre la signature de l'Adhérent et le contrat présenté à ce dernier.

Article 18 – Convention de preuve
L'Assureur et l'Adhérent conviennent que les dispositions du présent article constituent entre elles une convention sur les modes de preuve recevables conformément à l'article 1368 du Code civil.
- Utilisation du Code d'accès
Avant toute déclaration de perte ou de vol du Code d'accès intervenue, tout accès au site internet ainsi que toute opération réalisée précédée de la saisie du Code d'accès est réputée émaner de l'Adhérent. La saisie du Code d'accès vaut authentification.
- Système de double-clic
Le système de double-clic mis en place sur le site internet permet à l'Adhérent, à la suite d'un premier clic, de visualiser un écran récapitulatif de l'opération qui lui est proposée par BNP Paribas Personal Finance, puis de valider par un second clic, ses choix récapitulés au sein d'un dernier écran tout en gardant la possibilité de revenir en arrière pour les modifier.
L'Assureur et l'Adhérent acceptent expressément que ce dernier clic vient manifester le consentement de l'Adhérent aux droits et obligations qui découlent des opérations qu'il réalise, et que les traces de ce dernier clic conservées par l'Assureur font preuve devant les tribunaux de la manifestation de ce consentement.
- Preuve des opérations réalisées sur le site internet
La reproduction ou l'enregistrement des opérations par tout moyen même informatique (microfiches, enregistrements, impressions ...) constitue la preuve entre l'Assureur et l'Adhérent des opérations réalisées par l'Adhérent sur le site internet.
Les courriers électroniques adressés à l'Adhérent par l'Assureur ou par le Courtier, ainsi que les éventuels documents « PDF » joints ont force probante entre les parties.
- Conservation des données
Afin de sécuriser et de pouvoir apporter la preuve des opérations réalisées en ligne, BNP Paribas Personal Finance a mis en place un système de conservation électronique des données.
Seront notamment conservées dans un coffre-fort électronique les données suivantes :
- date et heure de connexion de l'Adhérent,
- date et heure de validation des opérations en ligne (acceptation ou refus par l'Adhérent des propositions émanant de BNP Paribas Personal Finance),
- les PDF récapitulatifs liés aux opérations en ligne.
Les données conservées dans le coffre-fort électronique font foi en cas de litige opposant l'Assureur à l'Adhérent.

Article 19 – Généralités :
La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français.
Les relations précontractuelles et le présent contrat sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.
Le Prêteur et les Assurés au titre du présent contrat bénéficient du Fonds de Garantie des assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable, pour les seules garanties "Décès", "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" et "Incapacité Temporaire Totale de travail".

Article 20 – Contrôle de l'entreprise d'assurance :
L'organisme chargé du contrôle de CARDIF Assurance Vie et CARDIF-Assurances Risques Divers en tant qu'entreprises d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

Article 21 – Inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique
L'Adhérent peut s'inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr (article L.223-1 du Code de la consommation). Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel, ou tout intermédiaire agissant pour son compte, de démarcher l'Adhérent par téléphone, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes.