

Assurance Factures Oney

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Wakam, entreprise immatriculée en France et régie par le Code des assurances

Numéro d'agrément : 4020259 – Numéro SIREN 562 117 085

Produit : Assurance Paiement de factures

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

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

L'assurance Assurance Factures Oney a pour objectif de garantir les factures de fluide (eau, gaz, électricité fioul) de l'adhérent en cas de perte d'emploi, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Totale de Travail ou encore de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Les factures mensuelles de gaz, eau, électricité, fioul, dans la limite de 3 000 € TTC par année d'assurance.

Les factures précédentes ne sont prises en charge qu'en cas de :

- ✓ **Perte d'emploi** : La garantie produit ses effets au-delà d'une franchise de 60 jours.
- ✓ **Incapacité Totale de Travail** : La garantie produit ses effets au-delà d'une franchise de 60 jours.
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** : L'assuré sera dans l'impossibilité d'effectuer 3 des 5 AVQ sans assistance d'une tierce personne et l'impossibilité doit être reconnue comme définitive.
- ✓ **Décès de l'assuré.**

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

Pour les plafonds non mentionnés, vous pouvez vous reporter au tableau des garanties contenu dans les Conditions Générales.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ La responsabilité civile.
- ✗ Les affections psychiques.
- ✗ Les sinistres dont le point de départ est antérieur à la prise de garantie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- ! Les sinistres résultants d'actes volontaires de la part de l'adhérent.
- ! Les sinistres résultants de l'usage de stupéfiants ou de médicaments non ordonnés médicalement ou de l'état d'ébriété.
- ! Les conséquences de vols sur des appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.
- ! Les conséquences de vols sur aile volante, U.L.M., parapente, deltaplane, parachute ascensionnel.
- ! Les conséquences de participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, rallyes de vitesse, raids, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur.
- ! Les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagements de chaleur, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux de l'atome.

Pour les franchises non mentionnées, vous pouvez vous reporter au tableau des garanties contenu dans les Conditions Générales.



Où suis-je couvert(e) ?

- En France Métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur notamment dans le formulaire de déclaration du risque lui permettant d'apprécier les risques qu'il prend en charge,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Déclarer toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques pris en charge ou d'en créer de nouveaux.

En cas de sinistre

- Déclarer tout sinistre de nature à mettre en jeu des garanties dans les conditions et délais impartis et joindre tous documents utiles à l'appréciation du sinistre,
- Informer des garanties éventuelles souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs, ainsi que tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement à la date indiquée dans le contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion.

Il est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par tous moyens contre récépissé faite à la compagnie d'assurance ou à SPB Family Courtage dont l'adresse figure dans le contrat d'assurance.

Elle intervient :

- À l'échéance sous réserve de la notification de la résiliation à l'assureur dans les 2 mois précédant cette date,
- En cas d'augmentation de la prime, si cette augmentation n'est pas acceptée, l'assuré peut la contester dans les 30 jours suivant la notification de l'augmentation.

oney

Assurance Factures Oney



Notice d'information

Valant Conditions générales

du Contrat de groupe N°F0006

Cette Notice d'information est établie conformément à l'article L.112-2 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions et les obligations de l'Adhérent au titre du contrat d'assurance et comporte :

1) Les présentes Conditions Générales qui comprennent :

- Les définitions,
- Les garanties de base, les garanties complémentaires qui vous sont proposées pour compléter ces garanties,
- Les exclusions,
- Toutes les dispositions relatives à la vie de votre contrat.

2) Certificat d'adhésion

AVANT DE CLASSER VOTRE CONTRAT, LISEZ-LE ATTENTIVEMENT.

Le Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N°F0006 (ci-après désigné « Contrat d'assurance ») est souscrit par l'Association Souscription Avenir Family (ci-après dénommée « Souscripteur ») auprès de Wakam (ci-après dénommé « Assureur ») par l'intermédiaire de SPB Family Courtage (ci-après dénommée « Courtier »), géré par SPB Family Courtage, et distribué par Oney Bank et/ou ses mandataires.

L'Association Avenir Family est une association à but non lucratif régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 208 quai de Paludate, 33800 Bordeaux.

Wakam (S.A. au capital de 4 514 512 EUR – 562 117 085 R.C.S Paris – 120-122, rue Réaumur – 75002 PARIS) - Entreprise régie par le code des assurances - ci-après dénommée « Wakam » ou « l'Assureur » ;

Par l'intermédiaire et gérées par :

SPB Family COURTAGE au nom et pour le compte de l'Assureur. S.A.S de courtage d'assurance au capital de 50.000 € dont le siège social est situé 208 quai de Paludate, 33800 Bordeaux - www.spbfamily.eu - immatriculée au RCS de Bordeaux sous le n°821 784 840 et à l'ORIAS sous le numéro 16004724 (www.orias.fr) en sa qualité de Courtier gestionnaire.

Oney Bank : Société de courtage en assurance, SA au capital de 51 286 585 €, Siège social : 34, avenue de Flandre 59170 Croix, - RCS Lille Métropole 546 380 197 - Orias n°07 023 261 (www.orias.fr),

Le contrat d'assurance « Assurance Factures Oney » est distribué par Oney Bank via son mandataire d'intermédiaire en assurances SPB Family.

Wakam et SPB Family Courtage, Oney Bank et SPB Family sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

SPB Family Courtage et Oney Bank ne sont soumis à aucune obligation contractuelle de travailler exclusivement avec l'Assureur. Au titre de la distribution de l'assurance, Wakam, SPB Family Courtage, Oney Bank et SPB Family sont rémunérés sous forme de commissions.

Tous les termes suivis du signe (*) sont définis dans le présent document.

SOMMAIRE :

I - DEFINITIONS

II - NOUS CONTACTER

1. Comment nous contacter ? (Le service client)
2. Que faire en cas de réclamation ?

III - L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

1. Les factures concernées
2. Les événements générateurs
3. Délai de carence
4. Limites d'âge
5. L'indemnité

IV - LES EXCLUSIONS GENERALES

V - LA VIE DU CONTRAT

1. Formation et prise d'effet du contrat
2. Date d'effet et durée de l'adhésion
3. Les cotisations : Quand et comment payer votre cotisation ?
Révision du tarif
4. La résiliation par vous ou par l'assureur (via le gestionnaire) :
par vous
par l'assureur (via le gestionnaire)
par l'héritier ou l'assureur (via le gestionnaire)
par l'administrateur, le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur, ou par l'assureur

(via le gestionnaire) de plein droit

5. La renonciation au contrat
6. Le risque assuré

VI - QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SINISTRE ?

1. Les délais à respecter
2. Les formalités à accomplir
3. Prescriptions
4. Dans quel délai êtes-vous indemnisé ?

VII - DISPOSITIONS DIVERSES

1. La déclarations du souscripteur
2. Les sinistres
3. Les restrictions légales et la langue utilisée
4. La subrogation
5. L'Autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance
6. La Protection de vos données personnelles relative au contrat d'assurance
7. Pluralité d'assurances
8. Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
9. Transmissions d'informations et de correspondance par voie électronique

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, survenant après la prise d'effet de la garantie et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, y compris les Attentats et Actes de Terrorisme ou de sabotage et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle hors exclusions.

Actes de la vie quotidienne (acte) :

Cinq Actes élémentaires de la Vie Quotidienne sont appréciés pour évaluer l'état de Dépendance :

- Faire sa toilette : capacité à satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles : c'est-à-dire laver le haut et le bas du corps.
- S'alimenter : capacité à boire et manger des aliments préalablement servis et coupés.
- S'habiller : capacité à s'habiller et à se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés. Le seul handicap de ne pas pouvoir mettre ou enlever ses chaussures n'entre pas en considération.
- Se déplacer : capacité à se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés. Si l'Assuré peut se déplacer seul à l'aide d'une canne, de béquilles ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré qu'il est capable de se déplacer seul.
- La continence : Capacité à contrôler ses sphincters (fonction de la vessie et excrétion des matières fécales).

Adhérent : Personne physique, membre adhérent du souscripteur, résidant en France Métropolitaine et ayant demandé à adhérer entre son 18^{ème} et 60^{ème} anniversaire.

Assureur : Wakam

Autrui : Toute personne autre que l'Adhérent* ou le Souscripteur.

Avenant : La modification du contrat et le support matérialisant cette modification.

Bénéficiaire : Personne désignée dans le contrat pour recevoir le capital décès. À défaut de désignation, par ordre de préférence au conjoint non séparé de corps ni divorcé, aux enfants, aux ayants droit.

Certificat d'adhésion : Document signé et conservé par l'Assuré lors de son adhésion sur lequel est mentionné la date d'effet de l'adhésion, la période de validité, les garanties souscrites et les cotisations correspondantes.

Conflit d'intérêts : Lorsque l'assureur* doit simultanément défendre les intérêts de l'Adhérent* et ceux du ou des tiers*.

Consolidation (ou date de consolidation) : Il s'agit de la date à partir de laquelle les séquelles consécutives à un événement accidentel prennent un caractère permanent et qu'aucun traitement actif ne peut être proposé à la victime* si ce n'est pour éviter une aggravation. C'est le point de départ pour fixer le taux d'incapacité permanente.

Cotisation : La somme reversée par le Souscripteur à l'Assureur, selon la périodicité choisie en contrepartie de la garantie souscrite.

Date d'effet du contrat : L'adhésion est effective et les garanties prennent effet le jour de l'adhésion de l'Adhérent, sous réserve du paiement effectif de la cotisation.

Décès accidentel : Mort d'un Adhérent consécutive à un Accident garanti par le Contrat. Le décès doit intervenir au plus tard dans les six mois qui suivent la date de la survenance de l'Accident.

Déchéance : En vertu de l'article L.113-2 du Code des assurances, l'Assuré perd son droit à indemnité en cas d'inexécution de ses obligations après la survenance d'un Sinistre, sauf cas de force

majeure ou cas fortuit, et dans la mesure où l'Assureur peut prouver que ce manquement lui cause un préjudice.

Délai de carence : Période suivant la prise d'effet des garanties pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas.

Domage corporel : Toute atteinte corporelle subie par une personne physique.

Domage immatériel : Tout préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une période ou par un bien meuble ou immeuble, ou de la perte d'un bénéfice et qu'entraîne directement la survenance de dommages corporels* ou matériels garantis.

Franchise : Période d'attente à compter de la date du sinistre durant laquelle la couverture n'est pas due.

Incapacité totale de travail (ITT) : Incapacité entraînant l'impossibilité totale absolue et définitive après maladie ou accident d'exercer son activité professionnelle rémunérée même partiellement.

Litige : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible opposant l'Adhérent* à un (des) tiers* et le conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à se défendre devant toute juridiction.

Perte d'emploi ou licenciement : Perte d'emploi à l'initiative de l'employeur pour motif personnel, insuffisance professionnelle ou motif économique en application des dispositions du Code du Travail. La Perte d'emploi doit, pour être prise en charge au titre du présent contrat, avoir pour conséquence un chômage total et continu de 60 jours et entraîner le versement d'allocations d'aide au retour à l'emploi ou de prestations équivalentes versées par l'État, les collectivités locales ou les établissements administratifs publics à ses agents non-fonctionnaires.

Sont exclus, les licenciements de l'Adhérent(e) :

- En cas de rupture conventionnelle,
- Par un membre de la famille de l'Adhérent(e) ou par une personne morale contrôlée ou dirigée par l'un d'eux, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise,
- Notifiés dans les douze mois suivants la date de conclusion de contrat de travail,
- Notifiés à l'Adhérent(e) après son 65^{ème} anniversaire.
- Déjà notifiés à l'Adhérent(e) avant la date d'effet de son adhésion au contrat.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : Impossibilité d'effectuer 3 des 5 AVQ sans assistance d'une tierce personne. La PTIA sera prise en compte au titre du présent contrat seulement si elle est reconnue comme définitive.

Sinistre : Evènement susceptible de mettre en œuvre l'une ou l'autre des garanties du présent contrat.

Constitue un seul et même Sinistre, l'ensemble des Sinistres provenant d'un même Evènement Générateur.

Suspension : La cessation du bénéfice de la garantie, alors que le contrat n'est ni résilié, ni annulé. Elle prend fin par la remise en vigueur ou la résiliation du contrat.

Tiers : Il s'agit de toute personne autre que :

- Vous-même et votre conjoint ou concubin,
- Les personnes à votre charge et vivant sous le même toit que vous.

II - NOUS CONTACTER

1. Comment nous contacter ? (Le service client)

Pour toute question relative à votre souscription, à votre contrat, à vos cotisations ou à un sinistre*, vous pouvez vous adresser à :

SPB Family Courtage
Tél : 05 24 44 19 54

serviceclient@spbfamily.eu

Bon à savoir

Les informations à communiquer lors de votre appel sont :

- le nom du contrat,
- le numéro du contrat,
- le nom, le prénom et la date de naissance de l'Adhérent.

2. Que faire en cas de réclamation ?

En cas de difficulté relative à l'adhésion et/ou à l'assurance ou à la prestation dont il bénéficie, l'Assuré ou son représentant légal peut adresser sa réclamation au Département Réclamations de SPB Family Courtage, qu'il est possible de saisir selon les modalités suivantes :

- Adresse postale : SPB Family Courtage - Département Réclamations – 208 quai de Paludate – 33800 Bordeaux
- Formulaire de réclamation en ligne sur le site www.spbfamily.eu
- Adresse mail : reclamations@spbfamily.eu

Le Département Réclamations de SPB Family Courtage s'engage à accuser réception de la réclamation dans les 10 (dix) jours ouvrables suivant sa date de réception (même si la réponse à la réclamation est également apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, à apporter une réponse à la réclamation au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception.

En cas de conflit sur la réponse apportée, vous pouvez vous adresser à Wakam en écrivant à l'adresse suivante :

Wakam

Service Réclamations
120 - 122 rue Réaumur
TSA 60235
75083 PARIS CEDEX 02

Wakam s'engage à accuser réception de votre correspondance dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse vous a déjà été apportée au cours de ce délai), et à traiter votre réclamation dans un délai maximal de 60 jours ouvrables à compter de la réception de votre courrier.

Il vous répondra directement dans les délais cités ci-dessus et vous précisera, en cas de refus de faire droit en totalité ou partiellement à votre réclamation, les voies de recours possibles, notamment l'existence et les coordonnées du (des) médiateur(s) compétent(s), lorsqu'il(s) existe(nt).

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par l'Assureur, l'Assuré ou son représentant légal dispose également de la faculté de saisir La Médiation de l'Assurance afin de soumettre sa réclamation, en l'adressant :

- Sur le site internet de La Médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org,
- Ou par voie postale à LMA - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Ce dispositif de médiation est défini par une charte de la médiation consultable sur le site de SPB Family Courtage (www.spbfamily.eu) ou celui de la Médiation de l'Assurance (<http://www.mediation-assurance.org>).

Le médiateur est une personnalité extérieure à Wakam qui exerce sa mission en toute indépendance. Ce recours est gratuit. Il rend un avis motivé dans les 3 mois qui suivent sa saisine.

La procédure de recours au médiateur et la « Charte de la médiation » de la FFA sont librement consultables sur le site : www.ffa-assurance.fr.

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

III - L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Vous avez souscrit le présent contrat « Assurance Factures Oney ». La garantie s'exerce dans les limites des garanties auxquelles l'Adhérent a adhéré.

L'objet du contrat est de garantir la perte financière qui est la conséquence d'un des événements générateurs du paragraphe 2 ci-dessous.

1. Les factures concernées

Les factures concernées sont celles mentionnées sur votre certificat d'adhésion :

- Les factures de fluides, c'est-à-dire les factures de fioul, gaz, électricité et eau.

2. Les événements générateurs

Les événements ouvrant droit à indemnisation sont :

Le **Décès accidentel***

ATTENTION : la garantie n'est pas acquise si le décès de l'Adhérent est dû à une autre cause qu'un accident.

L'**Incapacité Totale de Travail (ITT)*** : pour bénéficier de la garantie au titre d'une ITT, l'Adhérent doit exercer une activité professionnelle rémunérée la veille de l'événement à l'origine de l'ITT.

La garantie est également assortie d'une franchise de 60 jours.

Toutefois, la garantie n'est pas acquise en cas d'Incapacité Totale de Travail* si :

- L'incapacité est causée directement par une faute intentionnelle ou volontaire de l'Adhérent,
- Les causes de l'Incapacité Totale de Travail* ou les premières traces de la maladie ayant entraîné l'Incapacité Totale de Travail* sont survenues avant la souscription de la garantie,
- Les atteintes discales ou vertébrales : lumbago, lombalgie, sciatgie, dorsalgie, cervicalgie, névralgie cervico-branchiale, hernie discale sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité,
- Une affection psychiatrique : affection psychologique, affection névrotique, dépression nerveuse, syndrome anxiodépressif, état dépressif, anxiété quelle qu'en soit la cause, sauf si cette affection a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus pendant la période d'incapacité.

La **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)*** : pour bénéficier de la garantie au titre d'une PTIA, l'Adhérent ne doit pas être en état de PTIA préalablement à la souscription du contrat.

Toutefois, la garantie n'est pas acquise en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* si :

- La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* est causée directement par une faute intentionnelle ou volontaire de l'Adhérent,
- Les causes de La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou les premières traces de la maladie ayant entraîné La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* sont survenues avant la souscription de la garantie.

La **Perte d'emploi** à l'initiative de l'employeur dans le cas d'un licenciement* : en cas de Perte d'emploi, l'Adhérent doit justifier de sa qualité de salarié depuis au moins une année, au sein de la même entreprise à la date de ladite perte d'emploi, pour bénéficier de la garantie.

La garantie est également assortie d'une franchise de 60 jours.

Toutefois, la garantie n'est pas acquise en cas de Perte d'emploi* :

- En cas de départ en retraite de l'Adhérent,
- En cas de rupture conventionnelle,

- En cas de licenciement notifié à l'Adhérent(e) après son soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire,
- En cas de licenciement déjà notifié à l'Adhérent(e) avant la date d'effet de son adhésion au contrat,
- En cas de démission, départ négocié de l'Adhérent ou la rupture conventionnelle même indemnisée par Pôle emploi ou un organisme assimilé,
- En cas de perte d'emploi consécutive au licenciement de l'Adhérent intervenu à l'initiative d'un membre de sa famille ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par un membre de sa famille,
- En cas de perte d'emploi consécutive à une rupture ou à une fin de période d'essai ou de stage,
- En cas de perte d'emploi intervenant en cours ou à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée,
- En cas de perte d'emploi lorsque l'Adhérent est dispensé de recherche d'emploi,
- En cas de perte d'emploi indemnisé au titre d'un régime social de solidarité,
- En cas de chômage partiel, saisonnier, technique, à la suite d'intempéries.

3. Délai de carence

Il n'y a pas de délai de carence pour les événements suivants :

- Le Décès accidentel*
- L'ITT*
- La PTIA*

Le délai de carence est de trois (3) mois pour la Perte d'emploi*.

Le délai de carence débute à partir de la souscription de la garantie.

ATTENTION :

Si vous êtes éligible au titre d'une Perte d'emploi* ou d'une ITT*, ne seront pris en charge les sinistres ITT* ou Perte d'emploi* qu'au bout de 9 mois après la fin de l'indemnisation de la Perte d'emploi* ou de l'ITT* précédente.

4. Limites d'âge

La garantie consécutive au Décès accidentel* est acquise à l'Adhérent* jusqu'à la date de son quatre-vingt-cinquième (85^{ème}) anniversaire.

Les garanties consécutives aux autres Evénements Générateurs de la garantie sont acquises à l'Adhérent* jusqu'à la date de son soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire.

5. L'indemnité

L'indemnité est accordée dans la limite de :

- Deux-cent cinquante euros (250 € TTC) par mois pour les factures de fluides, c'est-à-dire les factures de fioul, gaz, électricité et eau,

En cas de survenance d'un événement garanti, l'indemnisation des factures pour lesquelles vous êtes couvert seront indemnisés dans la limite de 12 mois.

Le montant de l'indemnisation ne peut excéder 3000 euros par an pour les factures de fluides.

L'indemnisation est calculée sur la base soit des justificatifs présentés, soit de la moyenne annuelle précédente pour les

factures de fluide, ou si l'adhérent n'occupe pas son logement depuis un an, la moyenne des trois dernières factures.

IV - LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Outre les exclusions spécifiques à certains événements, sont également exclus de la garantie, les Sinistres* :

- Résultant de tout Événement Générateur causé intentionnellement par l'Adhérent et de façon générale, est déchu de la garantie tout Bénéficiaire qui a intentionnellement provoqué un Sinistre*,
- Causés ou provoqués intentionnellement par l'Adhérent,
- Résultant d'accidents, blessures, maladies et mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Adhérent*,
- Dus à la conduite de tout type de véhicule en état d'ivresse lorsque le taux d'alcool est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'Accident,
- Dus à l'usage par l'Adhérent* de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ou dus à la conduite, de tout type de véhicule, lorsque l'Adhérent est sous l'emprise de ces drogues, stupéfiants ou tranquillisants prescrits médicalement alors que la notice médicale interdit la conduite de tout type de véhicule,
- Causés par le suicide conscient ou inconscient ou la tentative de suicide ou l'automutilation de l'Adhérent*,
- Résultant d'un acte de démence, d'une dépression nerveuse ou de toute autre Affection psychopathologique,
- Résultant d'une crise d'épilepsie,
- Résultant de la participation de l'Adhérent à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des crimes ou délits,
- Résultant de la participation active de l'Adhérent, comme auteur ou instigateur, à une Agression, un Attentat, un Acte de Terrorisme ou de Sabotage,
- Résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel y compris lors des entraînements,
- Résultant de la participation en tant que professionnel ou en tant qu'amateur à des courses, compétitions, démonstrations, acrobaties, rallies de vitesse, raids ou à des essais de sports mécaniques terrestres ou nautiques,
- Survenus lors de l'exercice de la profession de personnel aérien navigant au sein d'une entreprise de transport aérien,
- Résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique en tant que pilote ou en tant que passager de tous les sports aériens quels qu'ils soient,
- Survenus lors de l'utilisation d'un mode de locomotion aérienne sauf en qualité de passager sur les lignes exploitées par les compagnies agréées ou une entreprise de transport public de voyageurs,
- Résultant des effets directs ou indirects d'explosions, d'irradiations ou de dégagements de chaleur d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants, d'inhalations ou d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atome,
- Résultant de conséquences de catastrophes technologiques ou écologiques,
- Résultant de la désaffectation du bien ou son occupation clandestine à l'occasion desquelles les conditions élémentaires de salubrité et d'habitabilité ne sont plus maintenues, ou dont l'état de délabrement ne permet plus un usage d'habitation,
- Lorsque l'habitation de l'Adhérent est inhabitée,
- Provoqués par la Guerre civile ou étrangère, les hostilités (que la guerre ait été déclarée ou non), l'invasion, les rebellions, l'insurrection, la prise de pouvoir militaire ou usurpation du pouvoir, d'attentats et d'actes de terrorismes, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Adhérent y prend une part active. Toutefois, les gendarmes, militaires, policiers, pompiers et démineurs dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- Dus aux effets thermiques, mécaniques, radioactifs et autres, provenant d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes,
- Lorsque la factures garantie au titre du présent Contrat a été, préalablement à l'indemnisation, résiliée pour non-paiement.

V - LA VIE DU CONTRAT

1. Formation et prise d'effet du contrat

Avant la conclusion du contrat, l'assureur remet une notice d'information sur le contrat (article L. 112-2 du Code).

Le contrat est formé dès l'accord des parties. Chacun peut dès lors en poursuivre l'exécution.

L'accord des parties est formé :

- **Dans le cadre d'une souscription par internet :** aux dates et heures convenues à la souscription et figurant sur le certificat d'adhésion qui vous est adressé

immédiatement après la souscription ou, à défaut, le lendemain de la souscription à minuit.

- **Dans le cadre d'une souscription à distance par téléphone (à votre demande ou à la suite d'un démarchage téléphonique) :** aux dates et heures convenues lors de votre appel et figurant dans votre certificat d'adhésion qui vous est adressé immédiatement après votre appel téléphonique.
- Tout document qui modifie votre contrat comporte la date à laquelle cette modification prend effet.

2. Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est effective et les garanties prennent effet le jour de l'adhésion de l'Adhérent au contrat tel qu'inscrit sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la cotisation d'assurance due au titre des garanties.

À compter de sa date d'effet, l'adhésion est valable pour une période initiale d'un (1) an (sauf cas énumérés à l'article 4 ci-après). Au terme de cette période initiale, l'adhésion est reconduite par tacite reconduction pour des périodes successives d'un (1) an.

3. Les cotisations

Quand et comment payer votre cotisation ?

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Ce montant est défini en fonction des garanties choisies. Vous vous engagez à régler la cotisation annuelle par prélèvement automatique. Le paiement fractionné peut être accordé (mensuel, trimestriel ou semestriel).

Attention :

À défaut de règlement dans les dix (10) jours suivant l'échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, sera amené à réclamer à l'Adhérent la fraction de cotisation impayée en cas de paiement fractionné, par le moyen d'une lettre recommandée lui rappelant les dispositions légales dans ce domaine :

Suspension des garanties dans les trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

Résiliation de l'adhésion dix (10) jours après l'expiration de ce délai de trente (30) jours en cas de refus de paiement.

La suspension* des garanties ou la résiliation du contrat ne vous dispensent pas de payer les cotisations* venues ultérieurement à échéance.

Révision du tarif :

L'Assureur se réserve le droit de modifier le montant de la cotisation annuelle à chaque date anniversaire de l'adhésion. Dans ce cas, Vous serez informé au moins deux (2) mois avant ladite date anniversaire. Vous pourrez toutefois notifier votre opposition à la modification de la cotisation annuelle en procédant à la résiliation de l'adhésion par courrier recommandé adressé à l'Assureur ou à SPB Family Courtage, par courrier électronique ou par simple appel téléphonique avec confirmation écrite. Dans ce cas, la résiliation prend effet à la date anniversaire de l'adhésion si elle est effectuée au cours de la première année d'adhésion, ou dans les trente (30) jours de la réception de la demande de résiliation si elle est effectuée après la première année d'adhésion.

4. La résiliation

Dans tous les cas, la résiliation devra être notifiée :

• **Par vous**, conformément à l'article L113-14 du code des assurances :

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

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

- **Par nous via le gestionnaire**, par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification.

Le montant des Cotisations est dû par l'Adhérent prorata temporis jusqu'à la date d'effet de la résiliation, le trop payé étant remboursé à l'Adhérent.

L'adhésion à Assurance Factures Oney peut être résiliée dans les cas suivants :

- **Par le Souscripteur :**
 - Si l'Adhérent perd sa qualité de membre de l'Association.
- **Par l'Assureur (en motivant sa décision) :**
 - À la date anniversaire de l'adhésion, moyennant un préavis de 2 (deux) mois,
 - Si l'Adhérent ne paie pas la cotisation due au titre de son adhésion (dans les conditions de l'article L. 113-3 du Code des assurances),
 - Après un sinistre*, (articles R. 113-10 et A. 211-1-2 du Code des Assurances) la résiliation prenant effet 1 mois après sa notification. Vous avez alors le droit de résilier vos autres contrats souscrits auprès de Wakam dans le délai d'un mois suivant cette notification.
- **Par l'Adhérent :**
 - Lors de chaque renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins 2 (deux) mois avant la date anniversaire de l'adhésion,
 - En cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité (art. L. 113-16 du Code des assurances).

Vous pouvez résilier votre contrat dans les 3 mois qui suivent l'un de ces événements, en indiquant sa date, sa nature et en produisant des justificatifs. Dès que l'assureur a connaissance de l'un de ces événements, il peut aussi mettre fin au contrat dans les 3 mois. Dans l'un ou l'autre cas, la résiliation prend effet 1 mois après sa notification.

- **De plein droit :**
 - À l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la résiliation du Contrat d'assurance par le Souscripteur ou l'Assureur. L'Adhérent devant en être informé au moins 3 (trois) mois avant le terme de l'adhésion,
 - Le jour du décès de l'Adhérent,
 - Le jour où l'Adhérent atteint l'âge de 85 ans.

La résiliation de l'adhésion à Assurance Factures Oney est également possible dans tous les autres cas prévus par le Code des assurances.

5. La renonciation au contrat

- Si la souscription s'est déroulée dans le cadre d'un démarchage :

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' accusé de réception pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du

contrat conformément à l'article L112-9 du code des assurances.

- Si la souscription du contrat est intervenue sans démarchage préalable mais à distance (notamment par téléphone, ou en ligne) :

Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer. Ce délai commence à courir à compter de la conclusion du contrat (ou à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations si cette date est postérieure à la première) conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation.

Pour l'exercice de ce droit, le souscripteur du contrat doit adresser, à l'Assureur auprès duquel il a souscrit le contrat, une lettre recommandée avec accusé de réception reprenant le modèle suivant :

Coordonnées du Souscripteur

Nom/ Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal

Ville

Contrat d'assurance N° F0006

Date de souscription : .. /.. /...

Montant de la cotisation annuelle :

Madame, Monsieur,

Conformément aux Dispositions de l'article L. 112-9 du Code des Assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion à la police d'assurance n°..... certificat d'adhésion n°..... que j'ai souscrite en date du .. /.. /
Je souhaite donc que le contrat référencé ci-dessus soit résilié à compter de la date de réception de la présente.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Le

A

Signature du souscripteur :

6. Le risque assuré

Vos déclarations des risques et leurs conséquences, les documents à fournir

Votre contrat a été établi à partir des réponses aux questions qui vous ont été posées à la souscription du contrat.

Ces réponses, qui doivent être exactes, ont alors permis à l'assureur d'apprécier les risques pris en charge et de fixer votre cotisation*.

Mais, à tout moment de votre contrat, vous devez aussi informer l'assureur des circonstances nouvelles qui aggravent ces risques ou en créent de nouveaux et rendent ainsi inexacts ou caduques vos réponses ou vos déclarations d'origine.

Votre déclaration de ces circonstances nouvelles doit être faite, par lettre recommandée, dans les 15 jours qui suivent le moment où vous en avez eu connaissance.

Lorsque ces circonstances nouvelles constituent **une aggravation du risque**, l'Assureur est en droit :

- Soit de résilier votre contrat, par lettre recommandée, avec préavis de 10 jours,
- Soit de vous proposer une nouvelle cotisation*. Si vous refusez ou ne donnez pas suite à cette proposition dans les 30 jours, l'Assureur peut alors résilier le contrat, à condition que cette possibilité de résiliation ait été précisée dans la lettre de proposition qu'il vous a adressé.

Lorsque ces circonstances nouvelles constituent au contraire une diminution du risque, vous avez droit à une réduction de votre cotisation*. Si L'Assureur refuse de la réduire, vous pouvez alors résilier votre contrat, avec préavis de 30 jours.

VI - QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SINISTRE ?

1. Les délais à respecter

Vous ou votre ayant droit en cas de décès, devez déclarer à l'assureur le sinistre* par écrit (ou verbalement contre récépissé) dès que vous en avez connaissance dans les délais indiqués ci-dessous :

L'événement générateur :

Dans les 30 jours ouvrés à partir du moment où vous en avez eu connaissance.

Si vous ne respectez pas ces délais de déclaration et si l'Assureur prouve que ce retard lui a causé un préjudice, **vous perdrez tout droit à indemnité (déchéance*), sauf si votre retard résulte d'un cas fortuit ou de force majeure.**

2. Les formalités à accomplir

L'Adhérent* qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur*, perd tout droit à la garantie pour le Sinistre* en cause.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du Sinistre et hâter le rétablissement de l'Adhérent* qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin de l'Assureur* doit avoir libre accès auprès de l'Adhérent* pour constater son état. L'Adhérent* accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin de l'Assureur*.

Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, entraîne la Déchéance* de la garantie pour l'Adhérent*.

Documents à transmettre pour tous sinistres :

- Le numéro d'adhésion,
- Les factures (correspondant aux factures assurées) des trois derniers mois.

Documents à transmettre pour les sinistres consécutifs à un accident :

- La déclaration écrite précisant les circonstances de l'Accident, le nom des témoins et, éventuellement, l'identité de l'autorité verbalisateur si un procès-verbal est dressé ainsi que son numéro de transmission au Parquet,
- Sur demande du médecin expert de l'Assureur, le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins et décrivant les blessures,
- Le cas échéant, le procès-verbal établi par la Police Nationale ou la Gendarmerie établissant les circonstances de l'accident, à défaut les coordonnées de ce procès-verbal ou de la main courante,

- Pour les assurés sociaux, la notification d'attribution de la pension d'invalidité majorée pour tierce personne, émanant de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.
- En cas de décès, l'acte de décès,
- En cas de décès, les pièces établissant la qualité du Bénéficiaire,
- En cas de Décès, le nom et l'adresse du notaire chargé de la succession,
- En cas de décès à l'étranger, la preuve du décès doit être en outre fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation diplomatique (Consulat ou Ambassade dans le pays concerné) dont l'Adhérent a la nationalité.

Documents à transmettre pour les sinistres consécutifs à une maladie :

- Sur demande du médecin expert de l'Assureur, le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins et nommant la maladie.

Document à transmettre en cas de licenciement :

- La photocopie de la carte de Sécurité Sociale, une attestation de l'employeur précisant le licenciement, l'ancienneté du collaborateur et la date de cessation des fonctions au sein de l'entreprise ainsi que, dès qu'elle est disponible, la preuve de la prise en charge de l'Adhérent par le Pôle Emploi (par exemple les Assedic).

Les documents sont à adresser sous pli confidentiel, par lettre recommandée, à l'attention du médecin expert de SPB Family Courtage :

Téléphone : 05 24 44 19 54 (numéro non surtaxé)

Du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours légalement fériés et/ou chômés et sauf interdiction législative ou réglementaire)

Adresse e-mail : serviceclient@spbfamily.eu

Par courrier : SPB Family Courtage - Sinistre
208 quai de Paludate
33800 Bordeaux

SPB Family Courtage lui indiquera la marche à suivre pour effectuer sa déclaration auprès de l'Assureur.

EXPERTISE EN CAS DE DÉSACCORD SUR LES CONCLUSIONS MÉDICALES

En cas de contestation d'ordre médical chaque partie désigne son propre médecin afin d'organiser une expertise contradictoire.

Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le

Président du Tribunal de Grande Instance du Domicile de l'Adhérent.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

ACCÈS AUX INFORMATIONS D'ORDRE MÉDICAL

L'Adhérent ou ses Ayants Droit s'engage(nt) à faciliter l'accès au dossier médical par le médecin expert de l'Assureur. L'Assureur s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements et aux documents médicaux. Ces personnes sont soumises à une obligation de confidentialité.

3. Prescriptions

Conformément aux Articles L. 114-1 et L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances, toutes les actions dérivant du Contrat sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court pas :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru que du jour où l'Assureur en a eu connaissance.
- En cas de Sinistre, que du jour où l'Adhérent ou ses Bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

VII - DISPOSITIONS DIVERSES

1. La déclaration du souscripteur

Conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent, le contrat d'assurance est considéré comme nul. En contrepartie de son préjudice, l'assureur a droit au paiement de toutes primes échues à titre de dommages et intérêts.

Toutefois, si l'Adhérent a omis ou effectué une fausse déclaration involontairement, selon l'article L. 113-9 du Code des assurances, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de la prime qui doit être acceptée par l'Adhérent.

Dans le cas contraire, le contrat sera résilié dans les DIX JOURS suivant la notification de l'augmentation à l'Adhérent.

La proportion de prime restante pour la période non couverte lui sera restituée.

Si le constat de l'erreur ou l'omission involontaire a lieu après un sinistre*, l'indemnité sera 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.

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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la Cotisation et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Vous perdrez tout droit à indemnité si, volontairement, vous faites de fausses déclarations sur la date, la nature, les causes, circonstances ou conséquences du sinistre*, ou sur l'existence d'autres assurances pouvant garantir le sinistre*. Il en sera de même si vous employez sciemment des documents inexacts comme justificatifs ou usez de moyens frauduleux.

Si des indemnités ont déjà été payées, elles doivent être remboursées à l'assureur.

Dans tous les autres cas où vous ne respectez pas les formalités énoncées au présent article (sauf cas fortuit ou de force majeure) et si l'assureur prouve que ce non-respect lui a causé un préjudice, il peut vous réclamer une indemnité proportionnelle à ce préjudice (Article L 113-2 du Code des assurances).

4. Dans quel délai êtes-vous indemnisé ?

Vous êtes indemnisé dans les quinze (15) jours qui suivent l'accord intervenu entre vous et l'assureur ou une décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition d'un créancier, ce délai court seulement à partir du jour où elle est levée.

2. Les sinistres

L'Adhérent est dispensé de déclarer tout sinistre* pour lequel il ne réclamerait pas d'indemnisation.

3. Les restrictions légales et la langue utilisée

Les restrictions légales applicables à la liberté contractuelle :

« Les dispositions d'ordre public » s'imposant tant aux assureurs qu'aux Adhérents, les garanties accordées au titre du présent contrat sont sans effet :

- Lorsqu'une interdiction de fournir un contrat ou un service d'assurance s'impose à l'Assureur du fait de sanction, restriction ou prohibition prévues par les lois et règlements, Ou
- Lorsque les biens et/ou les activités de l'Adhérent sont soumis à une quelconque sanction, restriction, embargo total ou partiel ou prohibition prévus par les lois et règlements, cela pour autant que lesdites garanties aient été accordées avant ou après l'entrée en vigueur des dites lois et règlements.

Droit applicable (article L.183-1 du Code des assurances) et langue utilisée :

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français. L'assureur utilise la langue française pour tous les échanges contractuels pendant toute la durée du contrat.

4. La subrogation

L'Assureur est subrogé dans vos droits et actions à concurrence et dans la limite de l'indemnité versée, contre tout responsable du sinistre* (Art. L. 121-12 du Code des Assurances).

Par ailleurs, vous vous engagez à rembourser à l'Assureur toute somme qu'il aurait avancée ou qui vous serait directement réglée par un tiers, y compris les sommes accordées au titre des frais et des dépens (dont les frais irrépétibles) et au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions (tels que les sommes engagées au titre de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative).

Vous ne devez prendre aucune initiative pouvant compromettre le recours de votre assureur.

Si la subrogation ne peut plus, du fait de l'Assuré, s'opérer en faveur de l'Assureur, celui-ci est déchargé de ses obligations envers l'Assuré, dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

5. L'Autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 Place de Budapest - CS 92459
75436 Paris Cedex 09

6. La Protection de vos données personnelles relative au contrat d'assurance

L'Adhérent est expressément informé de l'existence et déclare accepter le traitement automatisé de ses données personnelles recueillies auprès de lui par SPB Family Courtage (et leurs mandataires) dans le cadre de l'adhésion au Contrat par téléphone, ainsi qu'en cours de gestion de celle-ci.

Il lui est expressément rappelé que, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles, la fourniture de ces informations est obligatoire car nécessaire à la gestion du Contrat, et qu'en conséquence, ces informations pourront être conservées jusqu'au terme de la prescription des actions juridiques pouvant découler du Contrat.

Les données sont collectées auprès de vous par SPB Family Courtage et traitées par Wakam et SPB Family Courtage en tant que responsables de traitement.

Vos données sont utilisées uniquement pour des finalités explicites, légitimes et déterminées en lien avec votre contrat d'assurance. Elles sont nécessaires, ainsi que celles recueillies ultérieurement au cours de la relation avec Wakam et SPB Family Courtage, à la souscription et à la gestion du contrat d'assurances ainsi que de la gestion des sinistres en découlant.

Wakam et SPB Family Courtage ne conservent pas vos données au-delà de la durée nécessaire pour les opérations pour lesquelles elles ont été collectées et/ou conformément aux prescriptions légales applicables en la matière.

Les destinataires des données vous concernant sont Wakam et SPB Family Courtage ainsi que les intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et l'ensemble des prestataires et sous-traitants concourant à l'exécution du contrat d'assurance.

Par ailleurs, conformément à nos obligations légales, nous mettons en œuvre des traitements de vos données ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme en vertu desquels nous devons conserver vos données durant cinq années, à compter de la résiliation de votre contrat, conformément aux dispositions de l'article L. 561-12 du code monétaire et financier notamment.

La collecte de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté est réalisée soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion du contentieux.

Wakam ne commercialise pas, de quelque manière que ce soit, les données vous concernant et ne s'en sert pas en vue de procéder à des opérations de démarchages ou de profilage.

Wakam et SPB Family Courtage sont légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier.

L'Adhérent peut également transmettre (et modifier à tout moment) des directives concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données à caractère personnel après son décès et le cas échéant désigner une personne afin de les mettre en œuvre. En l'absence de directives et/ou de désignation, les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement des données personnelles s'appliqueront.

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

Les conversations téléphoniques entre vous et SPB Family Courtage sont susceptibles d'être enregistrées à des fins de contrôle de la qualité des services rendus ou dans le cadre de la gestion des sinistres.

Les données recueillies pour la gestion de l'adhésion à votre contrat d'assurance et des sinistres peuvent être transmises, dans les conditions et modalités prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives au traitement

des données personnelles, notamment le Règlement Général européen sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD), et le cas échéant, aux filiales et sous-traitants de SPB Family Courtage situés hors Union Européenne.

Des garanties ont été mises en place afin de protéger les flux de données personnelles hors Union Européenne, une copie de ces garanties peut vous être adressé par SPB Family Courtage par simple demande.

Conformément à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation des traitements y afférents. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Nous pouvons ne pas faire droit à votre demande, en tout ou partie, dès lors que celle-ci s'avère incompatible avec notre obligation de conservation et/ou de traitement de vos données en vertu d'une disposition légale ou justifiée par l'exécution d'obligations précontractuelles et/ou contractuelles.

Pour exercer tout ou partie de ces droits, vous pouvez, sous réserve de la production d'une pièce d'identité en cours de validité (permis de conduire exclus) contacter notre Délégué à la Protection des données en écrivant à : dpo@wakam.com ou dpo@spbfamily.eu selon les données concernées. Une preuve de votre identité sera requise le cas échéant.

Mesures de sécurité

Wakam et SPB Family Courtage s'engagent à assurer la sécurité de vos données en mettant en place une protection des données renforcée par l'utilisation de moyens de sécurisation physiques et logiques conformes aux règles de l'art et aux normes qui nous sont imposées.

Pour toute réclamation ou information complémentaire vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (www.cnil.fr) en écrivant à l'adresse suivante :

CNIL
3, place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris cedex 07

7. Pluralité d'assurances

Conformément aux dispositions de l'article L. 121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat, et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1 du Code des assurances.

8. Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code Monétaire et Financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, l'Adhérent et l'Assuré pourront exercer leur droit d'accès auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.**

9. Transmissions d'informations et de correspondance par voie électronique

L'Assureur et SPB Family Courtage peuvent délivrer toutes informations, fichiers et plus généralement, adresser toutes correspondances à chaque Adhérent par courrier électronique (email ou courriel). Chaque Adhérent déclare pour sa part accepter sans restriction ni réserve que toutes informations, fichiers et plus généralement toutes correspondances puissent lui être délivrés par la voie électronique.

Il déclare et reconnaît en outre, que tout écrit qui lui est transmis par l'Assureur sous forme électronique à force probante de son envoi et de sa réception. Sauf preuve contraire, tout écrit délivré sous forme électronique est valable et peut être valablement opposé à l'Adhérent par l'Assureur ou SPB Family Courtage, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit sur support papier.