

déclare renoncer à mon contrat Assurance Facture Energie n° Le (date) Signature ».

L'Assureur rembourse à l'Assuré l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation. À compter de l'envoi de cette lettre, le contrat et les garanties prennent fin.

En cas de vente à distance :

L'Assuré bénéficie de la faculté de renonciation selon les mêmes modalités que celles prévues en cas de démarchage.

J. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Toute réclamation concernant le contrat d'assurance peut être exercée auprès du service Relations Clientèle SH 855 à l'adresse indiquée ci-dessous. En cas de désaccord sur la réponse donnée et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'Assuré peut solliciter l'avis du Médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA), personne indépendante de l'Assureur sans préjudice pour l'Assuré d'exercer une action en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont disponibles sur simple demande à l'adresse des bureaux de l'Assureur :

CARDIF-Assurances Risques Divers -
Service Relation Clients France - SH 944 -
Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron -
92858 Rueil-Malmaison Cedex.

K. GÉNÉRALITÉS

La langue utilisée pendant la durée du contrat d'assurance 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. Les Assurés bénéficient, au titre du présent contrat d'assurance, du Fonds de Garantie des assureurs de personnes, dans les limites de la réglementation applicable.

Il existe une autorité chargée de s'assurer du respect, par les entreprises d'assurance, du Code des Assurances ainsi que des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables.

CARDIF-Assurances Risques Divers, S.A. au capital de 14 784 000 EUR, 308896547 R.C.S Paris et CARDIF Assurance Vie - S.A. au capital de 625 756 496 Euros, 732028154 R.C.S Paris - Siège social : 1, boulevard Haussmann TSA 93000 - 75318 Paris cedex 09 - Bureaux : 4, rue des Frères Caudron - 92858 Rueil Malmaison Cedex.

QUATREM, Assurances Collectives, SA à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 Euros, 412 367 724 RCS Paris ayant son siège social 45-47, rue Le Peletier 75009 Paris.

Toutes deux régies par le Code des assurances

Autorité de contrôle de CARDIF-Assurances Risques Divers et Quatrem Assurances Collectives : Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

ELECTRICITE DE FRANCE S.A. au capital de 924 433 331 Euros - 552 081 317 RCS Paris - Siège social : 22-30 Avenue de Wagram, 75008 Paris, mandataire d'assurance immatriculé au Registre des Intermédiaires (Orias) sous le n°07 025 771

Registre des Intermédiaires d'assurance librement accessible au public sur le site www.oriaf.fr

Son adresse est la suivante :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel
61, rue Taitbout - 75009 Paris.

1. Prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. La prescription est portée à 10 ans lorsque les bénéficiaires sont des personnes distinctes de l'Assuré.

2. Informatique et libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, l'Assureur est amené à recueillir auprès de(s) l'Assuré(s) des données personnelles protégées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de(s) l'Assuré(s) d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Le responsable du traitement de ces données personnelles est l'Assureur qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect du secret médical : gestion de la relation d'assurance, animation commerciale et études statistiques, enquêtes et sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment d'argent. À ce titre, (les) l'Assuré(s) est (sont) informé(s) que les données personnelles les concernant peuvent être transmises :

- aux établissements et sous-traitants liés contractuellement à CARDIF Assurance Risques Divers pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment ;

- à EDF qui intervient dans la réalisation du contrat Assurance Facture Énergie souscrit par l'Assuré, aux seules fins d'exécution de ses obligations contractuelles vis-à-vis de l'Assuré ou de

l'Assureur, ou en vue de la présentation de ses propres produits ou services ;

- à des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'Assureur ;

- vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

(Les) L'Assuré(s) accepte(nt) que ses (leurs) conversations téléphoniques avec un conseiller de l'Assureur puissent être écoutées à des fins d'amélioration de la qualité de service et de la formation des conseillers. Enfin, toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude. L'ensemble de ces données peut donner lieu à l'exercice du droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime, dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. À cet effet, (les) l'Assuré(s) peu(ven)t obtenir une copie des données personnelles les concernant en s'adressant à :

CARDIF Assurance Risques Divers -
Service Relations Clientèle SH 855 -
Gestion Prévoyance - 4, rue des Frères Caudron
92858 Rueil-Malmaison Cedex,

en joignant à sa (leur) demande la copie d'un justificatif d'identité comportant sa (leur) signature.

3. Service de l'Assureur

Toute demande de résiliation, de déclaration de sinistre, ainsi que toute pièce justificative devront être envoyées à l'adresse suivante :

Assurance Facture Énergie
Centre de traitement Cardif SH 969
4, rue des Frères Caudron
92858 Rueil-Malmaison Cedex
N° de téléphone : 01-41-42-66-01
Site web de déclaration de sinistre :
www.edf-relation-client.cardif.fr

Toute autre demande, comme par exemple l'adhésion ou la résiliation du cotitulaire du Contrat de fourniture d'énergie EDF, devra être effectuée directement auprès de l'agence clientèle de l'Assuré.

AVRIL 2010
Ref. médiateur : PARTXXX-2010 - Le Groupe EDF est certifié ISO 14 001 - 100 % papier recyclé -

Notice sur l'assurance facultative « Assurance Facture Énergie »



pour toute demande de prise en charge de votre facture d'énergie Bleu Ciel d'EDF :

01 41 42 66 01

www.edf-relation-client.cardif.fr

LEXIQUE

Contrat de fourniture d'énergie EDF : contrats de fourniture d'électricité, de gaz et de services associés facturés périodiquement liant EDF à un particulier pour un logement à usage d'habitation. Ne sont pas considérés comme contrats de fourniture les contrats impliquant la fourniture d'énergie par une entreprise autre qu'EDF, ni les contrats liant EDF à des clients non particuliers.

Facture : facture ou échéance émise au titre du Contrat de fourniture d'énergie EDF.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible; soit 30 jours d'arrêt de travail en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou 7 jours en cas d'Hospitalisation.

Période de couverture : période entre deux échéances de cotisation. La période de couverture est d'un mois pour les clients mensualisés et de deux mois pour les autres clients.

Hospitalisation : tout séjour continu d'au moins 7 jours dans un établissement hospitalier, privé ou public, prescrit médicalement ou nécessité par un accident ou une maladie.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : 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).

Incapacité Temporaire Totale de travail : est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré se trouvant temporairement, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle depuis au moins 30 jours consécutifs (période de Franchise), sous réserve qu'au 1^{er} jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce effectivement une acti-

vité professionnelle rémunérée ou perçoive des allocations Assedic ou d'organismes assimilés.

Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion du contrat.

A. OBJET

La présente assurance, ci-après dénommée « contrat d'assurance », a pour objet de garantir aux clients d'EDF, titulaires d'un Contrat de fourniture d'énergie EDF, le règlement des factures en cas de réalisation d'un des risques suivants : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail ou Hospitalisation, à la suite d'une maladie ou d'un accident. En cas de souscription de plusieurs Contrats de fourniture d'énergie EDF, chaque Contrat doit faire l'objet d'une adhésion distincte.

Le contrat d'assurance est constitué de la présente Notice et de la Demande d'adhésion. La Notice est un résumé de la convention d'assurance collective souscrite par EDF auprès de Cardif-Assurances Risques Divers et Cardif Assurance Vie, police n° 1628/335 et QUATREM Assurances Collectives, police n°16347 (ci-après dénommées « l'Assureur ») pour le compte de ses clients. EDF a le statut de mandataire d'assurance et est immatriculé au Registre des Intermédiaires (Orias) sous le n°07025771.

B. CONDITIONS D'ADMISSION

Peut adhérer au contrat d'assurance et sera dénommée « l'Assuré » toute personne physique :

- âgée d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans à la date de signature de la Demande d'adhésion ;

- titulaire d'un Contrat de fourniture d'énergie EDF pour son logement à usage d'habitation personnelle situé en France métropolitaine (Corse comprise), et dont la fréquence de facturation est mensuelle, bimestrielle ou semestrielle.

- résidente d'un État appartenant à l'Espace Économique Européen ;

- et satisfaisant à la date de signature de la demande d'adhésion, à la déclaration de bonne santé suivante : ne pas être en arrêt de travail, ne pas avoir subi plus de 30 jours, consécutifs ou non d'arrêt de travail, pour maladie ou accident dans les 12 derniers mois. Peut adhérer en tant que 2^e Assuré toute personne titulaire du même Contrat de fourniture d'énergie EDF et satisfaisant aux conditions d'admission à l'assurance.

C. DÉFINITION DES GARANTIES

1^o) Dispositions applicables à toutes les garanties :

- pour bénéficier des garanties, l'Assuré doit, au jour de la survenance du sinistre, être titulaire du Contrat de fourniture d'énergie EDF faisant l'objet du présent contrat d'assurance ;

- pour bénéficier des garanties, l'Assuré doit, au jour de la survenance du sinistre, être à jour du paiement de ses Factures. En aucun cas, les éventuels arriérés non acquittés par l'Assuré ne pourront faire l'objet d'une prise en charge par l'Assureur ;

- les garanties souscrites étant liées au Contrat de fourniture d'énergie EDF, elles ne peuvent, en aucune façon, donner lieu à un double règlement ni en cas de sinistres concomitants entre le premier et le second Assuré ni en cas de survenance concomitante d'événements susceptibles de mettre en jeu des garanties différentes pour un même assuré ;

- la prise en charge sera de 60 jours minimum ;

- le montant des prises en charge pour un sinistre ne pourra excéder prorata temporis 150 % de la moyenne des factures des 12 mois précédant ce sinistre, diminuées des éventuels arriérés non acquittés par l'Assuré; et dans la limite d'un plafond global de 5000 €.

EDF Direction Commerce
Tour EDF - 20 place de la Défense
92050 Paris la Défense cedex

EDF SA au capital de 924 433 331 euros - 552 081 317 R.C.S. Paris
Siège social : 22-30 avenue de Wagram - 75382 Paris cedex 08
Le Groupe EDF est certifié ISO 14 001

www.edf.fr

L'énergie est notre avenir, économisons-la !



CHANGER L'ENERGIE ENSEMBLE



CHANGER L'ENERGIE ENSEMBLE

2°) Conditions d’indemnisation

Toute somme rendue exigible, par suite de la réalisation de l’un des risques couverts, sera versée à l’Assuré à l’exclusion de toute autre personne, sauf en cas de décès de celui-ci, sous réserve de l’acceptation de prise en charge par l’Assureur :

– **Pour la garantie « Décès »** :

L’Assureur règle, **pendant 12 mois maximum**, les factures postérieures à la date du décès. Le règlement est effectué au 2^e Assuré, cotitulaire du Contrat de fourniture. Lorsqu’il n’y a pas de 2^e Assuré au titre du même Contrat de fourniture, le règlement est effectué au cotitulaire du Contrat de fourniture, à défaut à EDF.

– **Pour la garantie « Perte Totale et Irréversible d’Autonomie »** :

L’Assureur règle à l’Assuré, **pendant 12 mois maximum**, les factures postérieures à la date de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d’Autonomie par l’Assureur. En cas de résiliation du Contrat de fourniture d’énergie EDF durant la période de prise en charge, l’Assureur rembourse un montant correspondant à la période restant à régler et calculé sur la base suivante : moyenne des factures dues au titre du Contrat de fourniture d’énergie EDF des 12 mois précédant la date de résiliation. Le paiement sera effectué directement par l’Assureur à l’Assuré en une seule fois.

– **Pour la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail »** :

L’Assureur règle à l’Assuré les factures postérieures à la date de reconnaissance par l’Assureur de l’Incapacité Temporaire Totale de travail. Le nombre de factures prises en charge est égal au nombre de factures émises au titre du Contrat de fourniture d’énergie EDF entre la date d’expiration de la **période de Franchise de 30 jours consécutifs** et la date de fin de l’Incapacité Temporaire Totale de travail. L’Assureur règle au minimum les factures émises au cours des 60 jours qui suivent la date d’acceptation de prise en charge.

La prise en charge ne pourra excéder 12 mois en un ou plusieurs sinistres.

Deux ans après la dernière prise en charge, l’Assuré bénéficie à nouveau de la garantie dans les mêmes conditions que précisées ci-dessus, sous réserve que le contrat d’assurance soit toujours en vigueur.

En cas de rechute, pour les mêmes causes de maladie ou d’accident, constatée médicalement, survenant après une période de reprise d’activité professionnelle supérieure à 60 jours, celle-ci sera considérée comme un nouveau sinistre, sous réserve que le contrat d’assurance soit toujours en vigueur. En conséquence, il sera à nouveau fait application de la période de Franchise de 30 jours. Dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite du précédent arrêt de travail et prise en charge dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt. En cas de résiliation du Contrat de fourniture d’énergie durant la période de prise en charge, l’Assureur rembourse un montant correspondant à la période restant à régler et calculé sur la base suivante : moyenne des factures dues au titre du Contrat de fourniture d’énergie EDF des 12 mois précédant la date de résiliation. Le paiement sera effectué directement par l’Assureur à l’Assuré à réception des pièces justificatives.

– **Pour la garantie «Hospitalisation »** :

L’Assureur règle à l’Assuré les factures postérieures à la date d’Hospitalisation. Le nombre

de factures prises en charge est égal au nombre de factures émises au titre du Contrat de fourniture d’énergie EDF entre la date d’expiration de la **période de Franchise de 7 jours consécutifs** et la date de fin de l’Hospitalisation.

La prise en charge ne pourra excéder 12 mois.

Un an après la dernière prise en charge, l’Assuré bénéficie à nouveau de la garantie dans les mêmes conditions que précisées ci-dessus, sous réserve que le contrat d’assurance soit toujours en vigueur. Si, en cas de rechute, pour les mêmes causes de maladie ou d’accident, constatée médicalement, l’Assuré n’a pas eu recours à une Hospitalisation dans les 60 jours suivant la dernière, la rechute sera considérée comme un nouveau sinistre, sous réserve que le contrat d’assurance soit toujours en vigueur. En conséquence, il sera à nouveau fait application de la période de Franchise de 7 jours. Dans tous les autres cas, la rechute est considérée comme une suite de la précédente hospitalisation et prise en charge dès le 1^{er} jour de la nouvelle Hospitalisation.

– En cas de survenance concomitante d’une Hospitalisation et d’une Incapacité Temporaire Totale de travail, la prise en charge par l’Assureur interviendra au titre de la garantie Hospitalisation après application du délai de Franchise de 7 jours consécutifs. Elle pourra se poursuivre, le cas échéant, au titre de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail » sans application du délai de Franchise de 30 jours.

– En cas de mise en jeu successive et continue de la garantie « Hospitalisation » et de la garantie « Incapacité Temporaire Totale de travail », il n’y a pas lieu d’appliquer un nouveau délai de franchise pour la seconde garantie mise en jeu.

D. RISQUES EXCLUS

Les conditions d’indemnisation au titre du Contrat d’Assurance s’appliquent à tout(e) accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d’effet des garanties, à l’exclusion des cas suivants et de leurs suites, conséquences, rechutes et récidives :

– **la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique ;**

– **les arrêts de travail dus au congé légal de maternité, étant précisé que pour les Assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des personnes assujetties au régime général de la Sécurité sociale ;**

– **les atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n’ayant pas nécessité d’intervention chirurgicale dans les 3 mois suivant le premier jour d’arrêt de travail ;**

– **les troubles anxio-dépressifs, neuropsychiques, la spasmophilie et leurs conséquences n’ayant pas nécessité d’Hospitalisation de plus de 15 jours continus (hormis l’Hospitalisation de jour) dans les 3 mois suivant le premier jour d’arrêt de travail ;**

– **les maladies ou accidents résultant de tentatives de suicide, de la faute intentionnelle ou dolosive de l’Assuré, de l’usage de stupéfiants ou de médicaments à dose non ordonnée médicalement, de l’état d’ébriété (taux supérieur ou égal au taux d’alcoolémie défini dans le Code de la route en vigueur au jour du sinistre) ou de l’alcoolisme chronique ;**

– **les maladies ou accidents résultant d’actes de guerre civile ou étrangère, participations à des rixes, crimes et délits, actes de terrorisme ou sabotage ;**

– **les maladies ou accidents résultant d’explosions atomiques en général ainsi que les radiations.**

En outre, sont exclues des conditions d’indemnisation, les Hospitalisations de jour et les séjours tels que : cure, repos, retraite, convalescence, réadaptation, rééducation, traitements psychiatriques, séjours climatiques ou diététiques, les traitements ou opérations à but esthétique. Sont exclues également des conditions d’indemnisations, les suites, conséquences, rechutes et récidives des cas ci-dessous dont la première constatation médicale est antérieure à la date de conclusion du contrat d’assurance :

– **les affections neurologiques chroniques telles sclérose en plaque, les affections dégénératives type Alzheimer et démence sénile ou précoce ;**

– **les atteintes ostéoarticulaires type arthrose secondaire suite à un traumatisme survenu avant la date de conclusion du contrat d’assurance.**

E. CONCLUSION ET DURÉE DU CONTRAT D’ASSURANCE, PRISE D’EFFET DES GARANTIES

1°) Conclusion du contrat d’assurance

Le contrat d’assurance est conclu au jour de la date de signature de la Demande d’adhésion.

2°) Prise d’effet des garanties et du contrat d’assurance

Les garanties prennent effet, pour chaque Assuré, à la date de conclusion du contrat ou à l’expiration d’un délai légal de renonciation de 14 jours calendaires révolus plus un délai supplémentaire de 7 jours à compter de la date de conclusion du contrat d’assurance sous réserve du paiement effectif de la 1^{ere} cotisation. L’Assuré manifeste son choix sur la Demande d’adhésion.

3°) Durée du contrat d’assurance

Le contrat d’assurance est conclu pour une durée d’un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

F. CESSATION DES GARANTIES ET DU CONTRAT D’ASSURANCE

1°) Les garanties prennent fin pour l’Assuré dans le cadre d’un contrat assurant 1 personne, pour l’Assuré concerné par le sinistre dans le cadre d’un contrat assurant 2 personnes :

– en cas de décès ;

– en cas de mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d’Autonomie,

– pour la garantie Décès à la fin de la période de couverture au cours de laquelle survient son 75^e anniversaire ;

– pour les garanties Perte Totale et Irréversible d’Autonomie et Hospitalisation, à la fin de la période de couverture au cours de laquelle survient son 65^e anniversaire ;

– pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail, dès la fin de la période de couverture au cours de laquelle survient l’un des quatre événements suivants :

- 65^e anniversaire de l’Assuré,
- liquidation de toute pension de retraite (sauf pour raisons médicales),
- départ ou mise en préretraite (sauf pour raisons médicales),
- cessation définitive d’activité professionnelle pour les non-salariés (sauf pour raisons médicales).

À partir de 65 ans, l’Assuré (les Assurés) sera(seront) uniquement couvert(s) au titre de la garantie Décès. Lorsque les garanties prennent fin pour un des Assurés, le contrat d’assurance se poursuit automatiquement pour l’autre Assuré jusqu’à la fin de sa période de couverture.

2°) Le contrat d’assurance prend fin et les garanties cessent :

– **en cas de non paiement des cotisations** conformément à l’article L141-3 du Code des assurances ;

– à la date de résiliation du Contrat de fourniture d’énergie EDF, excepté en cas de changement d’option tarifaire ;

– en cas de transformation du logement à usage d’habitation en local commercial ;

– en cas de décès de l’Assuré ou des deux Assurés s’il y a deux Assurés au contrat d’assurance ;

– en cas de **résiliation effectuée par l’Assuré** ou l’Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception au moins **deux mois** avant la date de renouvellement de l’adhésion ;

– en cas de résiliation de la convention d’assurance collective n° 1628/335/16347 par l’Assureur ou EDF : cette résiliation met fin à l’adhésion et entraîne la cessation des garanties à la date de renouvellement de l’adhésion qui suit la date d’effet de la résiliation de la convention. EDF informe l’Assuré en cas de résiliation de la convention, au moins trois mois à l’avance, de la résiliation de l’adhésion.

G. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Quelles que soient les garanties en vigueur et l’âge de l’Assuré le montant de la cotisation mensuelle, taxes d’assurances comprises, est de :

Pour 1 personne assurée	Pour 2 personnes assurées
2,90 euros par mois	5 euros par mois

Les cotisations sont perçues par EDF auprès de l’Assuré en même temps que le règlement des factures ou échéances émises au titre du Contrat de fourniture d’énergie EDF. La première cotisation sera perçue avec la première facture ou échéance suivant l’expiration du délai de renonciation. Les cotisations sont ensuite reversées par EDF à l’Assureur.

Le paiement des cotisations d’assurance ne peut pas intervenir par débit d’un compte bancaire ouvert auprès d’un établissement établi aux Etats-Unis.

L’Assureur pourra modifier le taux de cotisation conformément à l’article L141-4 du Code des assurances :

– à la date de renouvellement si l’évolution des caractéristiques actuarielles de l’ensemble des Assurés à la Convention n°1628/335/16347 le justifie. Le taux de cotisation sera porté à la connaissance de l’Assuré moyennant un préavis de trois mois avant la date de renouvellement de l’adhésion. Dans le mois suivant cette notification, l’Assuré pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre. À défaut, il sera réputé l’accepter.
– si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans la cotisation, à la prochaine échéance de cotisation suivant l’entrée en vigueur de ce nouveau taux.

H. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les sinistres devront être déclarés auprès du service Assurance Facture Énergie, dont les coordonnées sont précisées à l’article K, qui vous indiquera la liste des pièces justificatives à fournir. La prise en charge par l’Assureur est subordonnée à la déclaration du sinistre **dans les 6 mois suivant sa survenance et à la communication par l’Assuré ou ses ayants droit des pièces nécessaires à la détermination du sinistre.** Dans tous les cas, l’Assuré ou ses ayants droit devra(ont) joindre à sa/leur déclaration de sinistre une copie de sa dernière facture ou de l’échéancier lié au Contrat de fourniture d’énergie EDF.

Les pièces justificatives ci-dessous seront demandées (liste non limitative) :

• En cas d’Hospitalisation :

– la déclaration d’Hospitalisation fournie par l’Assureur sur simple demande - téléchargeable sur le site web de déclaration de sinistre à l’adresse suivante : Site web de déclaration de sinistre :

www.edf-relation-client.cardif.fr

– au plus tard dans les 3 mois suivant la sortie de l’hôpital : une copie du bulletin de sortie, mentionnant clairement les dates d’entrée et de sortie de l’établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l’Assuré concerné a séjourné.

• En cas d’Incapacité Temporaire Totale de travail :

– le questionnaire médical fourni par l’Assureur sur simple demande, à remplir par l’Assuré - téléchargeable sur le site web de déclaration de sinistre à l’adresse suivante :

www.edf-relation-client.cardif.fr

– les décomptes de règlements des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé ou attestation de l’employeur ;

– pour la prolongation d’un sinistre déjà accepté par l’Assureur : une copie des avis de prolongation du médecin attestant de son maintien en arrêt de travail ou les nouveaux décomptes de règlements des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé ou attestation de l’employeur.

• En cas de Perte Totale et Irréversible d’Autonomie :

– le questionnaire médical fourni par l’Assureur sur simple demande - téléchargeable sur le site web

de déclaration de sinistre à l’adresse suivante :

www.edf-relation-client.cardif.fr

– la notification d’invalidité 3^e catégorie délivrée par la Sécurité sociale ou organismes assimilés.

• En cas de décès :

– l’acte de décès ;

– un questionnaire médical décès fourni par l’Assureur sur simple demande à remplir par le médecin traitant - téléchargeable sur le site web de déclaration de sinistre à l’adresse suivante :

www.edf-relation-client.cardif.fr

Si le sinistre survient à l’étranger, les documents demandés devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation française locale.

Conformément à l’article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat d’assurance.

L’Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de réclamer des documents complémentaires. En outre, pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu des garanties, l’Assureur se réserve, à ses frais, le droit de soumettre l’Assuré à un examen médical auprès d’un médecin indépendant qu’il désignera à cet effet. L’Assuré a néanmoins la possibilité de se faire assister du médecin de son choix ou d’opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

En cas de refus, l’Assuré ou ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l’assurance.

L’Assureur peut également procéder à tout contrôle en cours de prise en charge dont la conséquence peut être l’arrêt de l’indemnisation. L’appréciation par l’Assureur des notions d’Incapacité Temporaire Totale de travail ou de Perte Totale et Irréversible d’Autonomie est sans lien avec la décision de la Sécurité sociale, du médecin du travail ou de tout autre organisme. Le règlement des sommes dues au titre du contrat d’assurance ne pourra pas intervenir par crédit d’un compte bancaire ouvert auprès d’un établissement établi aux Etats-Unis.

I. RENONCIATION

En cas de démarchage (conformément à l’article L112-9 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. »
L’Assuré dispose d’un délai supplémentaire de 7 jours calendaires pour tenir compte des délais d’acheminement du courrier.

Modèle de lettre à adresser à l’Assureur CAR-DIF-Assurances Risques Divers, 4 rue des Frères Caudron, 92858 Rueil-Malmaison CEDEX :
« Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse)