



Notice sur l'assurance facultative

Assurance factures énergies

Version en vigueur à compter du 01/04/2018

réinventons / notre métier



LEXIQUE

Contrat de fourniture d'énergie ÉS: Contrats de fourniture d'électricité, de gaz et de services associés facturés périodiquement liant ÉS à un client 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'ÉS, ni les Contrats liant ÉS à des clients non particuliers.

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

Carence : période consécutive de 60 jours décomptés à partir de la date d'effet d'adhésion à l'assurance, pendant laquelle le risque Perte d'Emploi n'est pas couvert. Ne peut donner lieu à aucune indemnisation quelle que soit la durée du chômage, tout licenciement notifié à l'assuré pendant ce délai (la date d'envoi de la lettre de licenciement faisant foi).

Franchise : nombre 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, 60 jours de chômage en cas de Perte d'Emploi, décomptés à partir du 1er jour indemnisé par Pôle emploi au titre du revenu de remplacement, ou 4 jours en cas d'Hospitalisation.

Hospitalisation : tout séjour continu et supérieur à quatre jours (période de franchise) 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 plus de 30 jours consécutifs (période de franchise), sous réserve qu'au 1er jour d'arrêt de travail, l'Assuré exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée ou perçoit des allocations Assedic ou d'organismes assimilés.

Perte d'Emploi : est considéré en Perte d'Emploi, l'Assuré ayant été licencié après avoir été en Contrat de travail à durée indéterminée et bénéficiant du revenu de remplacement prévu par les articles L5421-1 à L5422-1 du Code du Travail. La date d'entrée en Perte d'Emploi sera réputée être celle du 1er jour indemnisé par Pôle emploi au titre du revenu de remplacement. La garantie entre en jeu après prise en compte de la période de carence de 60 jours et à l'expiration d'un délai de franchise de 60 jours consécutifs d'indemnisation au titre du revenu de remplacement versé par Pôle emploi. La garantie ne peut entrer en jeu que si l'Assuré peut justifier de 12 mois consécutifs d'activité salariée au titre d'un Contrat de travail à durée indéterminée au moment du sinistre et que sa Perte d'Emploi concerne la rupture de ce Contrat de travail.

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'ÉS, titulaires d'un Contrat de fourniture d'énergie ÉS, le versement d'un montant forfaitaire permettant d'aider au règlement des Factures en cas de réalisation d'un des risques suivants: Perte d'Emploi, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Hospitalisation (à la suite d'une maladie ou d'un accident) ou Décès.

En cas de souscription de plusieurs Contrats de fourniture d'énergie ÉS, chaque Contrat doit faire l'objet d'une adhésion distincte.

Le Contrat d'Assurance est constitué de la présente notice et du bulletin d'adhésion. La notice est un résumé de la convention d'assurance collective souscrite par ÉS Énergies Strasbourg (ci-après dénommée « ÉS ») auprès d'AXA France Vie et AXA France IARD, police n° 3962 (ci-après dénommées « l'Assureur ») pour le compte de ses clients. ÉS a le statut de mandataire d'assurance et est immatriculé au Registre des Intermédiaires (Orias) sous le n° 09 049 279.

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 85 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion;

et

- titulaire d'un Contrat de fourniture d'énergie ÉS pour son logement à usage d'habitation personnelle situé en France métropolitaine (Corse exclue);

et

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

C. DÉFINITION DES GARANTIES

1°) 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 ÉS faisant l'objet du présent Contrat d'assurance et 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 ne peuvent, en aucune façon donner lieu à un double règlement 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.

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 les garanties « Décès » et «Perte Totale et Irréversible d'Autonomie»; L'Assureur règle un capital égal à 12 fois le forfait mensuel choisi par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion à l'assurance. Le règlement est effectué au bénéficiaire décrit dans l'article H du présent Contrat d'assurance. Dans le cas où l'Assuré ne peut prétendre aux prestations « Perte d'Emploi » de par son statut de non salarié privé ou public, et à la condition que l'Assuré soit âgé de moins de 65 ans au moment du sinistre, le capital versé par l'Assureur est porté à 15 fois le forfait mensuel choisi par l'Assuré, sous réserve de remplir les conditions d'indemnisation relatives au « Décès » ou à la «Perte Totale et Irréversible d'Autonomie».
- Pour les garanties « Incapacité de Travail », «Hospitalisation» et « Perte d'Emploi »; L'Assureur verse chaque mois le forfait mensuel choisi par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion à l'assurance, avec une prise en charge minimale de deux mensualités et une prise en charge maximale de 12 mensualités. Au-delà de la prise en charge minimale de deux mensualités, l'Assureur ne versera le forfait mensuel que si l'Assuré peut justifier de son maintien en Incapacité, Hospitalisation ou Perte d'Emploi avec présentation des pièces justificatives détaillées dans le paragraphe I du présent Contrat d'assurance.

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

Deux ans après la dernière prise en charge d'un sinistre Perte d'Emploi ou Incapacité, et un an après la dernière prise en charge d'un sinistre Hospitalisation, 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, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à DEUX MOIS, l'Assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant plus de DEUX MOIS après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

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 quatre 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

Au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie, les risques suivants sont exclus:

- le suicide de l'Assuré s'il survient au cours de la première année d'assurance,
- les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vol sur ailes volantes, deltaplane, parachutisme ascensionnel,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeute ou d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active,

- les maladies ou accidents résultant d'explosions atomiques en général ainsi que les radiations,

- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

En outre, au titre de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, sont également exclues les suites et conséquences:

- des maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la demande d'admission et de celles qui résultent de l'aggravation d'une invalidité préexistante à l'admission,
- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'Assuré ou de ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ou du refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- des accidents résultant de la consommation, par l'Assuré, de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre,
- des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, de la pratique de sports de combat, d'ascensions de haute montagne,
- des matches, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur,
- des accidents résultant de l'usage, par l'Assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale.

Au titre de la garantie incapacité de travail, les risques suivants sont exclus:

- les suites et conséquences des Risques exclus de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, prévus au paragraphe « risques exclus » du chapitre «garantie décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie»,
- le 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 Assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les troubles anxio-dépressifs, neuropsychiques ou psychiques, la spasmophilie, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'Hospitalisation de plus de 10 jours continus (hormis l'Hospitalisation de jour) dans les trois mois suivant le premier jour d'arrêt de travail,
- les atteintes disco-vertébrales et leurs conséquences n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale dans les trois mois suivant le premier jour d'arrêt de travail.

Les hospitalisations suivantes ne sont pas couvertes:

- les suites et conséquences des risques exclus de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, prévus au paragraphe « risques exclus » du chapitre «garantie décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie»,
- l'hospitalisation à domicile,
- les hospitalisations dues à une convalescence ou un séjour en maison de repos, de convalescence, d'hébergement, de plein air, de retraite, les établissements thermaux et climatiques, hospices, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure,
- les conséquences directes de traitement à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement.

L'Assureur couvre tous les risques de Perte d'Emploi, à l'exclusion de:

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- la démission, même prise en charge par le Pôle emploi ou par un organisme assimilé,
- la rupture conventionnelle prévue par les articles L. 1237-11 à L. 1237-16 du code du travail,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non-recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- le licenciement si l'Assuré est salarié :
 - du conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise,
- le chômage partiel (par chômage partiel on entend toute période de chômage n'entraînant pas la rupture du Contrat de travail) ou technique n'ayant pas entraîné de rupture du Contrat de travail.

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

1°) Conclusion du Contrat d'assurance

Le Contrat d'assurance est conclu au jour de la date de signature du bulletin d'adhésion par l'Assuré.

2°) Prise d'effet des garanties et du Contrat d'assurance

L'adhésion de l'Assuré au Contrat d'assurance prend effet, à la date de signature du bulletin d'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations.

Les garanties prennent effet, à l'exception de la Perte d'Emploi, à la date d'adhésion de l'Assuré au Contrat d'assurance. La garantie Perte d'Emploi ne prend effet qu'après un délai de 60 jours (période de carence) après la date de signature du bulletin d'adhésion.

3°) Durée du Contrat d'assurance

L'adhésion au Contrat d'assurance a une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction par périodes d'un an.

L'Assuré peut faire le choix, à l'issue de cette première année, de changer de formule (supérieure ou inférieure).

Dans ce cas le Contrat sera résilié et un nouveau Contrat sera souscrit.

De ce fait, la Carence sur la garantie Perte d'Emploi sera de nouveau appliquée à partir de la date de souscription de la nouvelle formule choisie par l'Assuré.

De plus, en cas de changement de formule par l'Assuré entraînant la résiliation du Contrat initial, toute indemnisation en cours au moment du changement de formule cessera.

En revanche, en cas de souscription d'un nouveau Contrat suite à un déménagement et à condition qu'il n'y ait pas de changement de formule, l'indemnisation en cours continue, dans la limite des 12 mois maximum couverts par son Contrat précédent.

L'Assuré peut résilier son Contrat d'assurance à tout moment à l'issue de la première année d'assurance par l'un des moyens suivants:

- courrier: **ÉS Énergies Strasbourg – Direction des Ventes Énergies aux Particuliers /RCP 67953 STRASBOURG CEDEX 9**
- par fax au: **03.88.20.69.31**
- dans une agence **ÉS**.

F. CESSATION DES GARANTIES ET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Certaines garanties prennent fin:

- au jour du départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou de la mise en retraite ou en préretraite en ce qui concerne les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail et Perte d'Emploi,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint :
 - son 65^{ème} anniversaire de naissance en ce qui concerne les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, hospitalisation et Perte d'Emploi.

Le Contrat prend fin:

- en cas de non-paiement des cotisations d'assurance, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances,
- au terme du Contrat de fourniture d'énergie **ÉS**,

- à la date de résiliation souhaitée par l'Assuré après la première année d'assurance et selon les modalités citées dans le paragraphe E.3, et, au plus tard,
- son 85^{ème} anniversaire de naissance en ce qui concerne la garantie décès.

G. MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est due à partir du jour de la prise d'effet du Contrat.

La cotisation, taxes actuelles comprises, est fonction du forfait choisi par l'Assuré lors de sa demande d'adhésion à l'assurance.

Les garanties sont consenties moyennant le paiement par l'Assuré d'une cotisation mensuelle.

Les montants de cotisation sont les suivants:

Les cotisations d'assurance sont facturées par **ÉS** à l'Assuré en même temps que les prestations dues au titre du Contrat de fourniture d'énergie **ÉS**. La première cotisation sera perçue avec la première facture ou échéance suivant l'expiration du délai de renonciation.

La cotisation est facturée mensuellement à terme échu. La première cotisation d'assurance fera l'objet le cas échéant d'une facturation au prorata temporis. Les cotisations d'assurance sont payables dans un délai de 15 jours à compter de la date d'édition de la facture d'énergie établie en exécution du contrat de fourniture d'énergie.

| | Prix mensuel TTC en € | Montant du forfait de remboursement mensuel TTC |
|-----------|-----------------------|---|
| Formule 1 | 2 € | 25 € |
| Formule 2 | 3 € | 50 € |
| Formule 3 | 4 € | 80 € |
| Formule 4 | 6 € | 120 € |
| Formule 5 | 8 € | 200 € |

Les cotisations sont ensuite reversées par **ÉS** 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 États-Unis.

Le montant de la cotisation est révisable annuellement.

Cette révision s'impose à tous les Assurés, qui disposent de la faculté de résilier leur Contrat en cas de désaccord dans les 30 (TRENTE) jours suivant la réception du courrier les informant de la modification (voir les modalités de résiliation citées dans le paragraphe E.3).

Il est précisé qu'au-delà du 65^{ème} anniversaire, l'Assuré bénéficie de la seule garantie Décès (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Hospitalisation et Perte d'Emploi exclues) avec le même montant de cotisation.

La cotisation ne subit donc pas de réduction à la fin des garanties Perte Totale et Irréversible

d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Hospitalisation et Perte d'Emploi.

H. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le Contrat, le bénéficiaire est l'Assuré.

En cas de décès, le bénéficiaire est la personne désignée par l'Assuré sur le bulletin d'adhésion. En l'absence de désignation particulière, le bénéficiaire en cas de décès est:

- le conjoint de l'Assuré (marié non séparé de corps); à défaut, son partenaire avec lequel il était lié par un PACS;
- à défaut, par parts égales, ses enfants vivants ou représentés et ceux de son conjoint si l'Assuré en avait la charge;
- à défaut, par parts égales, son père et sa mère ou le survivant d'entre eux;
- à défaut, ses héritiers selon la dévolution successorale.

À défaut, toute personne expressément désignée par l'Assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion de l'Assureur ou du gestionnaire mandaté. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

Conformément à l'article L132-9 du Code des assurances, l'Assuré peut modifier le bénéficiaire de son Contrat. Cette désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de ce dernier, effectuée dans les conditions prévues par l'article précité.

I. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

En cas de Décès, les pièces à remettre en vue du règlement, doivent notamment comprendre:

- l'acte de décès de l'Assuré,
- une copie ou l'original du bulletin d'adhésion signé par l'Assuré lors de son adhésion à l'assurance, avec mention du forfait choisi par l'Assuré,
- un certificat médical précisant notamment les causes du décès, sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil,
- s'il s'agit d'un décès accidentel, joindre le procès-verbal de Police ou Gendarmerie, et/ou la coupure de presse.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré doit apporter la preuve de son état à l'Assureur.

Les pièces à remettre en vue du règlement doivent comprendre:

- une copie ou l'original du bulletin d'adhésion signé par l'Assuré lors de son adhésion à l'assurance, avec mention du forfait choisi par l'Assuré,

- un certificat médical du médecin traitant (sur formulaire de l'Assureur) apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- la notification de la Sécurité Sociale le classant parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou le justificatif de la majoration de rente accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail.

En cas d'Incapacité Totale Temporaire de travail, les justificatifs suivants doivent être transmis:

Dans tous les cas: une copie ou l'original du bulletin d'adhésion signé par l'Assuré lors de son adhésion à l'assurance, avec mention du forfait choisi par l'Assuré, et un certificat médical du médecin traitant (sur formulaire de l'Assureur)

- pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale:

- les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée,

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,

- pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale:

- une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,

- le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée:

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime,

- pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non Salariés de la Sécurité Sociale:

- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

En cas d'Hospitalisation, au moment de la déclaration d'un sinistre, les pièces à fournir à l'Assureur sont les suivantes:

- l'original ou la copie du bulletin d'adhésion,
- un certificat médical indiquant la cause d'hospitalisation (sur formulaire de l'Assureur),
- le bulletin de séjour précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital.

En cas de Perte d'Emploi, l'Assuré devra déclarer sa Perte d'Emploi à l'Assureur et accompagner sa déclaration des justificatifs suivants:

- la ou les attestation(s) des employeurs justifiant des durées des Contrats de travail ayant précédé le licenciement et justifiant les durées d'activités en CDI,
- l'original ou la copie du bulletin d'adhésion,

- le Contrat de travail concernant l'emploi exercé à la date de demande d'adhésion à l'Assurance, en cas de changement d'employeur,

- la lettre de licenciement,

- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle emploi ou un organisme assimilé ou par l'État,

- les décomptes d'allocations versées par le Pôle emploi ou de tout autre organisme assimilé depuis l'origine.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire de Travail, d'Hospitalisation ou de Perte d'Emploi, l'Assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier. Pour ces garanties, la déclaration de l'Assuré ne sera prise en compte qu'à réception de l'intégralité des pièces requises.

Toute modification de l'état de santé de l'Assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, sinon l'Assuré est considéré comme guéri à l'expiration des arrêts de travail accordés par les certificats précédemment remis.

Contrôle :

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la sécurité sociale relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et celles de l'Assureur ou d'organismes de même nature.

L'Assureur se réserve le droit de désigner un médecin afin d'examiner l'Assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout versement des prestations. Les honoraires médicaux relatifs à cet examen seront à la charge de l'Assureur.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité de travail, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

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

L'Assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage.

Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

Les sinistres devront être déclarés auprès du service Assurance factures énergies, à l'adresse suivante: <https://clp.partners.axa/fr/> sinistres 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 six mois suivant sa survenance et à la communication par l'Assuré ou ses ayants droit des pièces nécessaires à la détermination du sinistre.

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 L.113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du Contrat d'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 États-Unis.

J. 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. »

Modèle de lettre à adresser à **ÉS Énergies Strasbourg – Direction des Ventes Énergies aux Particuliers /RCP 67953 STRASBOURG CEDEX 9:**

« Je soussigné (M./Mme, nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon Contrat Assurance factures énergies n° 3962 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.

Contrat conclu à distance

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des Assurances, l'Assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de signature de son bulletin d'adhésion pour exercer son droit de renonciation, sans avoir à justifier de motif ni à payer de pénalités.

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.

Toutefois, dès lors que le Client a déclaré un sinistre mettant en jeu la garantie, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

K. EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante:
AXA Santé et Collectives
Direction Relations Clientèle
TSA 46 307
95901 Cergy Pontoise cedex 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants: un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante:

Par mail: sur le site www.mediation-assurance.org
Par courrier: La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. »

L. 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. Son adresse est la suivante :

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

M. PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après:

Article L.114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court:

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du 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.»

Article L.114-2 du Code des assurances

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil:

Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.»

Article 2246 du Code civil

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

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.»

N. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commer-

ciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

O. SERVICE DE L'ASSUREUR

Toute demande de déclaration de sinistre, ainsi que toute pièce justificative devront être téléchargées ou envoyées à:

Site web de déclaration de sinistre:

<https://clp.partners.axa/fr/sinistres>

E-mail: clp.fr.sinistres@partners.axa

Tél. : 01 55 91 16 00

Déclarations par courrier:

AXA (CLP)
Service Clients
51 rue des 3 Fontanot
CS 80135
92024 NANTERRE CEDEX

Toute autre demande devra être effectuée directement auprès de l'agence clientèle de l'Assuré.

Assurance factures énergies est proposée en partenariat avec les compagnies d'assurance AXA France Vie et AXA France IARD.

AXA France Vie - S.A. au capital de 487 725 073 € - 310 499 959 RCS Nanterre,
AXA France IARD – S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre

Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex,

Entreprises régies par le Code des assurances soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 Paris.



ÉS Énergies Strasbourg, 37 rue du Marais Vert, 67953 STRASBOURG Cedex 9, a le statut de mandataire d'assurance et est immatriculé au Registre des Intermédiaires (Orias) sous le n° 09 049 279.

