

NOTICE D'INFORMATION

TÉLÉVIE

Contrat Groupe N° 2.009.092

Extrait de la Convention d'assurances collectives des Emprunteurs « TELEVIE » souscrite
auprès de SERENIS VIE et de SERENIS ASSURANCES
SERENIS VIE pour les garanties Décès et Incapacité de Travail, SERENIS ASSURANCES pour la garantie Perte d'Emploi

LA SOCIETE SERENIS VIE EST SOCIETE APERITRICE

SERENIS VIE

SERENIS ASSURANCES

Société anonyme au capital de 29.062.474 €

Société anonyme au capital de 9 580 000 €

Filiale du GACM - RCS STRASBOURG B 347 569 279

350 838 686 RCS ROMANS

Entreprise régie par le Code des Assurances

Entreprise régie par le Code des Assurances

Siège Social : 34, rue du Wacken - 67906 STRASBOURG Cedex 9

Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel - 26000 VALENCE

Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex

La gestion du contrat d'assurance des emprunteurs décrit ci-dessous est assurée par :

GIE ACM - Service Prevoyance, 34 rue du Wacken - 67000 STRASBOURG

Adresse postale : 63 Chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX

Mail : CGESTELEVIE@televie.fr - Tél. 03 88 14 62 94

**Pour toute demande de renseignements, déclaration de sinistre ou autres correspondances,
veuillez vous adresser au service gestionnaire.**

QUELQUES DEFINITIONS

Salarié

Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur. Est assimilé au salarié, le fonctionnaire ou agent de l'Etat ou de collectivité territoriale.

Travailleur Non Salarié

Professions libérales, artisans, commerçants ou exploitants agricoles.

Expatrié

Est considéré comme expatrié, le salarié français :

- qui travaille à l'étranger pour un employeur français qui n'a pas choisi le détachement,
- ou qui a été détaché et a dépassé la durée maximale du détachement,
- ou qui a été embauché directement par une entreprise implantée à l'étranger pour travailler à l'étranger.

Consolidation

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif de l'invalidité.

Rechute

Est considéré comme une rechute tout arrêt de travail qui concerne le même motif qu'un arrêt de travail antérieur.

Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.

Ne sont pas considérées comme « accidents » : les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

Ne sont pas considérés comme « accidents » : les lombalgies, les sciatalgies, lumbagos, ainsi que les hernies.

Toute autre définition de l'accident ou toute classification d'accident retenue par un autre organisme et en particulier la Sécurité Sociale, n'est pas opposable à l'assureur.

Délai de carence

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence. En cas d'accident, il n'est pas fait application du délai de carence.

Franchise

Période ininterrompue d'incapacité totale de travail non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail doit être total, continu et supérieur à la franchise.

Incapacité temporaire totale de travail

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'emprunteur qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, avant le 31 décembre de son 65e anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant 65 ans, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle.

Invalidité permanente totale

Selon le taux d'invalidité fonctionnelle (barème du concours médical en vigueur) et le taux d'invalidité professionnelle (à dire d'expert, selon la capacité d'exercice de toute activité professionnelle), est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'emprunteur reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité dont le taux est au moins égal à 66% (déterminé par rapport au barème figurant dans la notice d'information).

Invalidité permanente partielle

Selon le taux d'invalidité fonctionnelle (barème du concours médical en vigueur) et le taux d'invalidité professionnelle (à dire d'expert, selon la capacité d'exercice de toute activité professionnelle), est considéré en état d'invalidité permanente totale, l'emprunteur reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité dont le taux est inférieur à 66% (ou devient ultérieurement inférieur à 66%) mais supérieur à 33% (déterminé par rapport au barème figurant dans la notice d'information).

Perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'emprunteur reconnu comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Sera automatiquement considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'emprunteur ayant exercé une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3e catégorie.

1 – OBJET DU CONTRAT – PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir les personnes physiques bénéficiant d'un financement sous la forme d'un crédit, plus généralement toute personne intervenant à l'acte de prêt. Ces personnes sont désignées ci-après sous le terme général « d'emprunteur ».

La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée au 31 décembre de l'année du 75^e anniversaire de l'emprunteur.

Les documents contractuels sont formés par :

- le bulletin d'adhésion
- le certificat de garantie
- la déclaration d'état de santé
- le tableau d'amortissement
- la notice d'information.

2 – FORMALITES D'ADHESION

A la souscription, l'emprunteur doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion. L'emprunteur doit se soumettre aux formalités médicales fixées par l'assureur.

Les formalités médicales sont fonction de l'âge de l'emprunteur, de la somme des capitaux à assurer au titre de la présente demande et des éventuels capitaux déjà assurés auprès de l'assureur, et des réponses données sur la déclaration d'état de santé.

Les formalités médicales sont valables 6 mois à compter de la date de leur établissement.

Les frais médicaux engagés seront remboursés, dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, dans les cas suivants :

- lorsque l'adhésion est effective,
- lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur
- lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions spéciales comportant une majoration de la cotisation (surprime).

Le remboursement se fera sur présentation des justificatifs.

En revanche, les frais médicaux demeureront à la charge de l'emprunteur dans les cas suivants :

- les examens pratiqués n'ont pas été demandés par l'assureur,
- l'emprunteur ne donne pas suite à sa demande d'adhésion pour un motif autre que celui cité au paragraphe précédent.

L'admission est subordonnée à l'acceptation préalable de l'assureur qui se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de refuser ou d'accepter l'adhésion à des conditions spéciales.

Lorsque l'assureur est amené à accepter un emprunteur à des conditions spéciales (surprime et/ou exclusion), l'assureur lui soumet une proposition d'assurance : l'emprunteur dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date d'émission pour notifier son acceptation. Passé ce délai, l'assureur n'est plus lié par la proposition.

Dans tous les cas, les garanties doivent prendre effet dans les 6 mois suivant la décision de l'assureur ; à défaut, l'accord de l'assureur est caduc et les formalités médicales seront à refaire.

En cas de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie, l'adhésion est annulée de plein droit en vertu des articles L 113-8 et suivants du Code des Assurances.

3 – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

3.1. La totalité des garanties souscrites prend effet à la date indiquée sur la demande d'adhésion, après acceptation écrite de l'assureur (ou de l'intermédiaire dans le cadre de la délégation) et au plus tôt à cette date, sous réserve du paiement de la première cotisation et sous réserve d'un engagement contractuel de l'emprunteur vis-à-vis de l'organisme prêteur.

3.2. – Périodes de carence

Les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ne sont acquises qu'après un délai de carence de 6 mois à partir de la date d'admission à l'assurance (date de confirmation de l'adhésion par l'assureur).

Toute incapacité temporaire totale de travail ou toute invalidité permanente, quelle qu'en soit la durée et ayant débuté durant cette période, ne sera en aucun cas prise en charge par l'assureur. La rechute qui y serait consécutive sera également exclue des garanties. Ces dispositions ne seront pas applicables lorsque l'incapacité ou l'invalidité résulte d'un accident.

Toutefois, en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente pour :

- maladie psychosomatique, dépression nerveuse, fatigue nerveuse, affection psychiatrique ou neuro-psychiatrique, sauf si ces affections ont nécessité une hospitalisation de plus de 15 jours continus en service spécifique de psychiatrie ou si l'emprunteur a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle à la suite d'une de ces affections,

- affections cervico-dorso-lombaires, sauf si ces affections ont nécessité une intervention chirurgicale pendant la période d'arrêt de travail,

- fibromyalgie

la garantie incapacité de travail (incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente) n'est acquise qu'à l'issue d'une période de 12 mois décomptée à partir de la date d'admission de l'assurance.

Toute incapacité temporaire totale de travail ou toute invalidité permanente motivée par l'une de ces affections et intervenant dans les 12 premiers mois de l'adhésion, ne sera pas prise en charge même après expiration du délai.

L'incapacité temporaire totale de travail intervenant après ce délai de 12 mois est prise en charge par l'assureur à partir du 181^e jour pour le paiement de l'indemnité garantie.

4 – SOUSCRIPTION DES GARANTIES

4.1. L'emprunteur souscrit aux garanties proposées en fonction de l'option choisie. Le contenu de chaque garantie est défini au paragraphe 8.

La souscription de l'option "Perte d'Emploi" n'est possible qu'au moment de l'adhésion.

4.2. – Quotité assurée

La garantie couvre l'emprunteur à hauteur du pourcentage précisé sur le bulletin d'adhésion, soit une quotité comprise entre 10 et 100 %.

Lorsque le pourcentage assuré est inférieur à 100 %, les garanties souscrites et les cotisations sont réduites en proportion du pourcentage retenu.

Toute augmentation du pourcentage assuré en cours de prêt, intervenue dans les 6 mois précédant un sinistre, ne sera pas prise en compte par l'assureur.

La quotité ne peut être supérieure à 100 % par assuré.

5 – CESSATION DES GARANTIES

A l'égard de chaque emprunteur les garanties cessent, au plus tard au 31 décembre de l'année du :

- 85^e anniversaire pour le risque DECES,
- 65^e anniversaire pour le risque PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,

- 65^e anniversaire pour les risques INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ou liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 65 ans, y compris le service des prestations résultant d'une prise en charge de ce risque antérieurement à cette date, sauf mise à la retraite pour inaptitude.

Par ailleurs, les garanties cessent également :

- au terme normal ou en cas de remboursement anticipé total du crédit : l'assuré en informe l'assureur par écrit et justifie du remboursement anticipé total du prêt. Le prélèvement des cotisations cesse à compter de la date de réception du courrier par l'assureur. Les cotisations prélevées jusqu'à cette date restent acquises à l'assureur ;
- à la date de déchéance du terme prononcé par l'organisme prêteur ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'emprunteur ;
- en cas de non-paiement de la cotisation dans les termes de l'article 14.2.

En cas de résiliation du contrat groupe par l'intermédiaire ou par l'assureur, l'assureur continue à servir jusqu'à leur terme normal les prestations en cours de service pour les emprunteurs en état d'incapacité de travail, d'invalidité ou de perte d'emploi et à garantir, en cas de décès, pour le capital restant dû, les emprunteurs indemnisés au titre des garanties incapacité de travail, invalidité ou perte d'emploi.

Les adhésions en cours au moment de la résiliation du contrat restent assurées par l'assureur jusqu'à la fin du prêt, sous réserve du paiement de la cotisation.

6 – CONTROLE MEDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'emprunteur doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'assureur estime nécessaire. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent toujours avoir libre accès auprès de l'emprunteur, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Sous peine de déchéance, l'emprunteur en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il est visible, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

7 – ARBITRAGE

Dans le cadre des expertises médicales, en cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'emprunteur, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette tierce expertise et supporteront pour moitié les honoraires du troisième médecin.

8 – DEFINITION DES GARANTIES

8.1– Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de décès de l'emprunteur avant le 31 décembre de son 85^e anniversaire, ou en cas de perte totale et irréversible d'autonomie avant le 31 décembre de son 65^e anniversaire, l'assureur intervient pour le remboursement du montant du prêt restant dû au jour du décès ou à la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Avant déblocage intégral du prêt, la garantie porte, à partir de la date d'effet, sur le montant total du prêt accordé par l'organisme prêteur et déclaré à l'assureur, sous déduction des remboursements effectués au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le paiement par l'assureur du montant du prêt restant dû fait cesser toutes garanties liées à ce prêt.

8.2. – Garanties incapacité de travail et invalidité permanente

8.2.1. Les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale ne sont accordées qu'aux personnes exerçant une activité rémunérée et fiscalement déclarée au moment de l'arrêt de travail ou de l'invalidité.

8.2.2. – Incapacité temporaire totale de travail

En cas d'incapacité de travail de l'emprunteur, l'assureur intervient :

- à compter du 16^e jour d'incapacité de travail totale et continue pour l'assuré exerçant une profession de santé sous statut de profession libérale,
- à compter du 91^e jour d'incapacité de travail totale et continue pour les autres professions.

Les périodes de franchise prévues ci-dessus sont portées à 180 jours en fonction de l'affection, selon les dispositions prévues à l'article 3.2.

L'assureur prend en charge le paiement des échéances garanties du prêt. L'échéance garantie correspond :

- soit à l'échéance hors assurance telle que prévue au tableau d'amortissement,
- soit aux intérêts courus en cas de différé d'amortissement et à l'exclusion du montant en capital compris dans la dernière échéance en présence d'un prêt remboursable au terme, en appliquant la quotité assurée indiquée sur le certificat de garantie. Le règlement intervient sous la forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours d'arrêt de travail et selon le rythme de versement du prêt (1/30^e si mensuel, 1/90^e si trimestriel, 1/180^e si semestriel, 1/360^e si annuel).

Toutefois, ce montant ne pourra être supérieur à la perte de revenu subie par l'emprunteur.

La perte de revenu est la différence entre le «revenu de référence» de l'emprunteur (1) avant l'arrêt de travail et son «revenu de remplacement» (2). Cependant, le montant minimum versé par l'assureur est fixé à 50 % de l'échéance garantie, en proportion de la quotité assurée.

(1) Calcul du revenu de référence :

Pour les salariés :

Le revenu de référence est égal à la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

Pour les Travailleurs Non Salariés :

Le revenu de référence est le revenu net mensuel moyen évalué sur la base de 125 % du bénéfice professionnel retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'année qui précède l'arrêt de travail, peu importe la nature du régime d'imposition (réel, réel simplifié ou forfait).

(2) Calcul du revenu de remplacement :

Le revenu de remplacement est égal au montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'incapacité de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, indemnités journalières Sécurité Sociale ou prestations équivalentes perçues par les personnes assujetties à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaire obligatoires).

La perte de revenu est calculée le premier mois suivant l'expiration du délai de franchise contractuel. Elle est révisable à la demande de l'emprunteur tous les 6 mois en fonction de l'évolution du revenu de remplacement.

L'indemnité journalière payée par l'assureur est versée tant que la consolidation n'est pas fixée médicalement, à défaut pendant une période maximum de 1095 jours, et dans tous les cas au plus tard jusqu'au 31 décembre du 65^e anniversaire ou jusqu'à la liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 65 ans.

La prise en charge cesse de plein droit du seul fait de la reprise même partielle d'une activité par l'emprunteur et/ou en cas d'interruption du paiement des prestations en espèces par la Sécurité Sociale.

Toutefois, en cas de reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, l'assureur intervient à hauteur de 50 % de l'indemnité journalière définie ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de rechute due à une affection ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge par l'assureur, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise si la durée de la reprise du travail est inférieure à 2 mois.

8.2.3. – Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

En cas de consolidation, ou après 1095 jours d'indemnisation au titre de l'incapacité de travail, le maintien du paiement de l'indemnité journalière est subordonné à la constatation médicale de l'état d'incapacité considéré, selon le degré d'invalidité permanente de l'emprunteur.

8.2.3.1. – Prestation garantie

Selon l'option choisie :

Si l'emprunteur est reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité permanente totale (options 2 et 3), l'assureur maintient les prestations prévues en cas d'Incapacité temporaire totale de travail.

Si l'emprunteur est reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité permanente partielle (option 2 uniquement), l'assureur verse une fraction des prestations prévues en cas d'Incapacité temporaire totale selon le mode de calcul défini à l'article "Détermination du taux d'invalidité".

8.2.3.2. Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité retenu pour l'application de l'assurance résulte, tant en ce qui concerne les non-assurés sociaux que les assurés sociaux, des taux :

- d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale,
- d'incapacité professionnelle.

Ces taux seront évalués par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur. L'incapacité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur) en appliquant la règle de Balthazar.

L'incapacité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités restantes d'exercer une profession quelconque.

Les degrés d'invalidité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100. Le degré d'invalidité « n » qui détermine le droit à la prestation est donné par le tableau ci-après.

Taux d'incapacité Professionnelle	Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30	-	30,00	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,88	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100	

Pour donner lieu à indemnisation, le degré « n » doit être supérieur 33% ou 66% selon l'option choisie.

* dans le cadre de l'option 2 (invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale) pour donner lieu à indemnisation, le degré "n" doit être supérieur à 33%.

* si le degré "n" est compris entre 33 % et 66 % le montant de l'indemnité est calculé en appliquant la formule : $n \times 33$

* dans le cadre de l'option 2 (invalidité permanente partielle et invalidité permanente totale) et de l'option 3 (invalidité permanente totale), si le degré "n" est supérieur à 66 %, l'indemnité est maintenue intégralement (Invalidité Permanente Totale).

Pour le calcul de l'indemnité à verser, la perte de revenu est recalculée au jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Les décisions prises par la Sécurité Sociale, ou tout autre organisme similaire, ne s'imposent pas à l'assureur.

9 – LIMITE DES GARANTIES

Dans tous les cas, les prestations versées au titre des garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ne peuvent être supérieures aux remboursements des sommes dues à l'organisme prêteur et sont limitées à un montant de 160 € par jour.

Dans le cadre des prêts modulables, l'échéance de référence pour le versement des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité correspond à l'échéance en cours à la date du sinistre, à savoir à la date du premier jour d'arrêt de travail, sauf si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les 6 mois précédant l'arrêt de

travail. Dans ce cas, l'échéance de référence sera l'échéance en vigueur avant l'augmentation.

Les augmentations d'échéance intervenant après la date de l'arrêt de travail sont sans effet sur le montant des prestations versées.

10 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier. Toutefois, les prestations incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente ne seront versées que pour les périodes d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente constatées médicalement en France.

11 – RISQUES EXCLUS

11.1. – Au titre de l'ensemble des garanties

Tous les risques sont garantis, à l'exclusion :

- du risque de guerre,
- du suicide (dans les conditions de l'article L 132-7 du Code des Assurances),
- des risques aériens spéciaux (compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vols sur aile volante, U.L.M., parapente),
- des risques provenant de l'usage de véhicule terrestre à moteur encourus à l'occasion de compétition ou de rallye de vitesse,
- des sinistres résultant de la conduite d'un véhicule alors que l'assuré est sous l'emprise d'un état alcoolique susceptible d'être sanctionné pénalement (art. L 234-1 et R 234-1 du Code de la Route) ou a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants (art. L 235-1 du Code de la Route) ;
- des sinistres résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement ;
- des modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes.

11.2. – Au titre de la garantie incapacité de travail et invalidité permanente

- les affections ou accidents antérieurs à l'entrée en vigueur des garanties et non déclarés à l'adhésion ;
- les grossesses et accouchements normaux, sauf si pour des causes pathologiques l'emprunteur se trouve en état d'incapacité totale de travail. Le congé légal de maternité est alors déduit de la durée d'incapacité de travail en sus de la période de franchise ;
- les traitements à but esthétique et leurs conséquences, lorsque les traitements ne sont pas consécutifs à un accident garanti ;
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication.

12 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les pièces suivantes sont à remettre à l'assureur pour la constitution du dossier. Dans tous les cas :

- le bulletin d'adhésion,
- le tableau d'amortissement en vigueur au moment du sinistre.

Par ailleurs, les documents suivants sont à fournir (l'assureur se réserve toutefois la possibilité de demander des justificatifs complémentaires, le cas échéant) :

12.1. – En cas de décès :

Le formulaire de déclaration de décès.

Un bulletin de décès et un certificat médical précisant la cause du décès.

12.2. – En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'invalidité :

Le formulaire de déclaration d'invalidité.

Un certificat médical détaillé précisant si cette invalidité est consécutive à une maladie ou à un accident, ainsi que la notification d'attribution de pension d'un organisme d'assurances sociales.

12.3. – En cas d'incapacité de travail :

Le formulaire de déclaration d'incapacité de travail.

Le formulaire "perte de revenus".

Si l'emprunteur est assujéti à la Sécurité Sociale : les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Si l'emprunteur n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale : un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'emprunteur, précisant la nature de la maladie ou de l'accident, sa durée probable et l'impossibilité totale de travail qui en résulte pendant cette période ; ce certificat doit être renouvelé au moins tous les 60 jours (il peut être remplacé par la production de tout document de prise en charge des garanties, telles que définies au présent contrat, émanant d'un organisme d'assurance maladie ou invalidité).

Si l'emprunteur est salarié, les 12 derniers bulletins de salaire et/ou tout justificatif de revenu de substitution portant sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail (décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale, décomptes d'allocations ASSÉDIC, décomptes de prestations de régimes complémentaires...).

Si l'emprunteur n'est pas salarié, l'avis d'imposition de l'année précédant l'arrêt de travail.

13 – DELAI DE DECLARATION

L'arrêt de travail doit être déclaré à l'assureur par l'emprunteur DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DELAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 12. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives doivent être adressées à l'assureur, dans un délai maximum de 15 jours. Toute prolongation parvenant à l'assureur après ce délai sera considérée :

- entre le 16^e et le 60^e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif
- après le 61^e jour comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu à application du délai de franchise à compter de la date de réception du justificatif.

14 – COTISATIONS

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation dont le montant, taxes actuellement en vigueur comprises, est fixé pour chaque assuré compte tenu de l'option retenue, de l'âge à l'adhésion, de la durée du prêt et de sa qualité de fumeur ou de non fumeur. La cotisation est indiquée sur le certificat de garantie.

Les cotisations sont prélevées par l'assureur sur le compte indiqué par l'emprunteur, et ne subissent pas de réduction après la fin des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail ou invalidité permanente.

TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS, NON-FUMEURS

Pour la garantie Décès/PTIA, incapacité de travail et invalidité permanente, des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et pour autant qu'elles n'ont pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Lors de l'adhésion, l'emprunteur signe une déclaration spéciale non-fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir l'assureur s'il devenait ou redevenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué.

14.1. – Mode de paiement de la cotisation

La cotisation annuelle peut être payée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, sans frais de fractionnement ni droits d'entrée. Le minimum de prélèvement est fixé à 4,65 €.

En cas de changement de ses coordonnées bancaires, l'emprunteur en informe aussitôt l'assureur, par écrit, en joignant un nouveau relevé d'identité bancaire et une demande-autorisation de prélèvements.

14.2. – Défaut de paiement de la cotisation

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L 113-3 du Code des Assurances.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'emprunteur une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation n'est pas réglée dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée, le contrat sera résilié de plein droit.

En cas de mise en oeuvre de cette procédure, l'assureur en informera le bénéficiaire du contrat.

15 - REVISION DES COTISATIONS

La cotisation pourra être révisée en cas de modification des taxes en vigueur ou en fonction de l'évolution des risques.

Dans ce cas, l'emprunteur en sera informé au plus tard 3 mois avant la révision. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion, sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, bénéficiaire du contrat. Toute résiliation est définitive.

16 – BÉNEFICIAIRE DE L'ASSURANCE

16.1. Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur. Il est réputé être bénéficiaire acceptant.

16.2. Paiement des prestations

Conformément à l'article L 132-9 du Code des Assurances, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci. En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente, les prestations sont versées sur le compte de prélèvement de l'assurance, à charge pour l'assuré de les affecter au remboursement du prêt.

17 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir le jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances. Ce délai est porté à 10 ans pour la garantie Décès.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE

PERTE D'EMPLOI

L'adhésion à la garantie perte d'emploi doit être demandée exclusivement à l'occasion de l'obtention du prêt et avant la prise d'effet des garanties. En aucun cas, cette garantie ne peut être accordée en cours de prêt. Elle n'est acquise qu'à condition que l'emprunteur bénéficie de la garantie décès.

1 – FORMALITES D'ADHESION

L'âge limite d'adhésion est le 31 décembre de l'année du 60^e anniversaire de l'emprunteur. La garantie ne peut être souscrite dans le cadre des prêts à taux zéro avec différé total d'amortissement.

2 – PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie perte d'emploi n'est acquise qu'à l'issue d'une période de carence de 6 mois décomptée à partir de la date d'effet de l'assurance. Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quelque soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

3 – CESSATION DE LA GARANTIE

A l'égard de chaque emprunteur, la garantie perte d'emploi cesse, au plus tard, au 31 décembre de l'année du 60^e anniversaire.

4 – NATURE DU RISQUE

L'assuré salarié licencié âgé de moins de 60 ans percevant l'une des allocations chômage au titre d'une cessation d'activité totale et involontaire ou d'une formation prévue aux articles L 351-1, 2 et 12 du Code du Travail (loi 79-32 du 16.01.1979), ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux, est susceptible de bénéficier de la garantie perte d'emploi définie ci-après, à condition toutefois qu'il justifie d'une activité minimum de 6 mois en continu chez le dernier employeur au moment de la survenance du chômage.

Sont également considérées comme périodes de chômage, les périodes donnant lieu à versement par la Sécurité Sociale de prestations en espèces en cas de maladie ou d'accident, entraînant une suspension du versement de l'allocation par les ASSEDIC.

5 – MONTANT INDEMNISE

L'assureur prend en charge le paiement de 50 % des échéances du prêt (hors assurance) telles que prévues au tableau d'amortissement.

Le règlement intervient sous forme d'indemnités journalières calculées au prorata des jours de chômage et selon le rythme de versement des échéances (1/30^e si mensuel, 1/90^e si trimestriel, 1/180^e si semestriel, 1/360^e si annuel).

Les indemnités journalières sont versées après une période de franchise de 90 jours pendant 18 mois au maximum pour un même licenciement, le calcul du délai de franchise débutant à compter du premier jour d'indemnisation par les ASSEDIC.

Le montant mensuel payé ne pourra être supérieur à la différence entre le revenu net moyen évalué sur la base des 12 derniers salaires mensuels perçus avant le licenciement, hors indemnités de licenciement, et le montant des prestations mensuelles versées par les ASSEDIC.

Pendant la durée totale du prêt, la période indemnisée ne pourra excéder 1080 jours d'indemnités journalières quel que soit le nombre de périodes de chômage.

En cas de reprise d'activité supérieure à 6 mois, toute nouvelle période de chômage donne lieu à application du délai de franchise de 90 jours.

Le cumul de l'indemnité perte d'emploi versée par l'assureur, des aides au logement (A.P.L. ...) et des garanties perte d'emploi ou incapacité de travail existantes par ailleurs pour un autre assuré au titre du même prêt ne peut excéder le terme de remboursement prévu au tableau d'amortissement pour la période d'indemnisation considérée.

L'indemnité perte d'emploi est versée au maximum jusqu'au dernier terme prévu par le contrat de prêt ou ses avenants ultérieurs.

Une seule indemnité est versée pour une même période de chômage en cas de chômage atteignant plusieurs emprunteurs assurés au titre d'un même prêt.

6 – COTISATIONS

Pour chaque emprunteur, le taux de cotisations en vigueur à la date d'effet de l'adhésion est garanti un an.

Par la suite, ce taux est révisable au 1er janvier par périodes annuelles successives. En cas de modification du taux, l'emprunteur en sera informé au plus tard le 1^{er} octobre de chaque année. S'il le souhaite, il pourra alors résilier l'adhésion à cette garantie à condition d'en informer l'assureur avant le 30 novembre de la même année par lettre recommandée.

Toute résiliation est définitive, l'emprunteur ne pourra plus souscrire à cette garantie sauf dans le cadre d'un nouveau prêt.

7 – REVISION DES DISPOSITIONS DE LA GARANTIE

En cas de modification des règles actuelles des ASSEDIC et en fonction de l'évolution des risques, l'assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions de souscription et d'indemnisation de la garantie perte d'emploi. Dans ce cas, les conditions d'information et de résiliation mentionnées à l'article précédent sont applicables.

8 – RISQUES EXCLUS

Sont exclues les périodes de chômage consécutives :

- aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité,
- aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers),
- au chômage partiel,
- au licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion,
- au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'emprunteur était prévenu au moment de l'adhésion,
- au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion,
- à une démission, même prise en charge par les ASSEDIC,
- à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai,
- à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'emprunteur est dispensé de rechercher un emploi,
- aux licenciements atteignant le conjoint ou les enfants d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

9 – FORMALITES A REMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les pièces suivantes sont à remettre à l'assureur pour la constitution du dossier.

- le bulletin d'adhésion,
- le tableau d'amortissement.
- la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par les ASSEDIC,
- les décomptes d'allocations ASSEDIC,
- l'attestation des 6 mois d'activité chez le dernier employeur à la date de licenciement,
- la lettre de préavis de licenciement.
- une copie des bulletins de paie des 12 derniers mois précédant le licenciement.

10 – DELAI DE DECLARATION

La perte d'emploi doit être déclarée au gestionnaire par l'assuré **DANS LES 30 JOURS SUIVANT L'EXPIRATION DU DELAI DE FRANCHISE CONTRACTUEL**, accompagnée des pièces justificatives énoncées à l'article 9. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

11 – BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur. Il est réputé être bénéficiaire acceptant.

En cas de perte d'emploi, les prestations sont versées sur le compte de prélèvement de l'assurance, à charge pour l'assuré de les affecter au remboursement du

Informatique et libertés (loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04)

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé principalement pour les finalités suivantes : gestion de la relation, prospection, animations commerciales et études statistiques, prévention de la fraude, obligations légales.

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés (dont la liste peut être communiquée sur demande).

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin A. Pardon 69814 TASSIN CEDEX.

L'autorité de contrôle de SERENIS VIE et de SERENIS ASSURANCES est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez adresser votre réclamation au Responsable des Relations Consommateurs : 63, chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN Cedex.