

NOTICE D'INFORMATION

TÉLÉVIE

Contrat Groupe N° 2.009.090

Extrait des Conditions Générales du Contrat d'assurance des Emprunteurs souscrit par
VITAE pour le compte de CAFPI, 28 route de Corbeil, 91700 Ste Geneviève des bois 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

Société anonyme au capital de 29 062 474 €
Filiale du GACM - RCS STRASBOURG B 347 569 279
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège Social : 34, rue du Wacken
67906 STRASBOURG Cedex 9

SERENIS ASSURANCES

Société anonyme au capital de 16 422 000 €
350 838 686 RCS ROMANS
Entreprise régie par le Code des Assurances
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 Prévoyance, 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

Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à un événement soudain et imprévu, individuel ou collectif, dû à une cause extérieure.
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.
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.

Travailleur Non Salarié

Professions libérales, artisans, commerçants ou exploitants agricoles

Salarié

Personne exerçant une activité rémunérée auprès d'un employeur

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 ayant donné lieu à indemnisation de la part de l'assureur et qui intervient dans un délai de deux mois après la reprise de travail.

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.

1 – OBJET DU CONTRAT - PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir les personnes physiques bénéficiant, par l'intermédiaire de CAFPI, 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 70^e anniversaire de l'emprunteur.

Les documents contractuels sont formés par :

- Le bulletin d'adhésion
- 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 une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales fixées par l'assureur.

Ces formalités médicales sont fonction des réponses à la déclaration d'état de santé, du montant de l'encours à assurer et de l'âge de l'emprunteur.

Les frais en résultant sont pris en charge par l'assureur sur présentation des justificatifs d'usage et dans la limite du tarif conventionnel de la Sécurité sociale dans les cas suivants :

- lorsque l'adhésion est effective
- lorsque l'adhésion est proposée par l'assureur à des conditions particulières (surprime, exclusion)
- lorsque l'adhésion est refusée par l'assureur

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

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

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

L'admission est subordonnée au résultat jugé satisfaisant par l'assureur des formalités médicales : celui-ci se réserve le droit de demander d'autres renseignements, de n'accepter l'emprunteur qu'à des conditions spéciales ou de le refuser. Lorsque l'assureur est amené à accepter un emprunteur à des conditions spéciales comportant une majoration de la cotisation, 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.

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.

3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

3.1 Le contrat est conclu à la date d'acceptation de la demande d'adhésion (soit par l'assureur, soit par l'intermédiaire dans le cadre de la délégation) Les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre, après acceptation de l'adhésion par l'assureur et au plus tôt à cette date.

Toutefois, le risque décès résultant d'accident est couvert à compter de la date d'acceptation de l'assurance. Cette garantie est accordée pour une durée maximale de trois mois pour le montant du ou des prêts sollicités (compte tenu de la quote-part assurée), sauf si les autres garanties du contrat prennent effet avant l'expiration du délai de 3 mois. Dans ce cas, la garantie décès accidentel cesse à la date de prise d'effet des autres garanties.

Le bénéficiaire de cette garantie est désigné au paragraphe 15.3 de la présente notice d'information.

3.2. RENONCIATION A L'ADHESION

Après avoir été informé que le contrat est conclu, l'emprunteur peut revenir sur son engagement dans un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de son acceptation, en renvoyant, à l'adresse postale de l'assureur, une lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle ci-après : "Je soussigné(e).....déclare renoncer à l'adhésion n°..... du contrat collectif "Caipi Emprunteurs" que j'ai signé le". Date et signature de l'adhérent.

3.3. - PÉRIODE DE CARENCE

3.3.1. Garantie perte d'emploi

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'admission à l'assurance (date de confirmation de l'adhésion par l'assureur ou l'intermédiaire)

Tout licenciement notifié durant cette période ne peut donner lieu à indemnisation, même après expiration du délai, quel que soit la durée ou le motif du chômage, la date faisant foi étant celle de l'envoi de la lettre de licenciement.

3.3.2.. Incapacité de travail et invalidité permanente.

En cas d'arrêt de travail pour :

- maladie psychosomatique, fibromyalgie, 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'assuré 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 ;**

la garantie incapacité de travail (incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente partielle et totale) n'est acquise qu'à l'issue d'une période de 6 mois décomptée à partir de la date d'effet de l'assurance.

Tout arrêt de travail motivé par l'une de ces affections intervenant dans les 6 premiers mois à compter de la date d'admission à l'assurance (date de confirmation de l'adhésion par l'assureur ou l'intermédiaire), ne sera pas pris en charge même après expiration du délai.

En cas d'arrêt de travail intervenant après ce délai de 6 mois, l'Assureur intervient à partir du 181^e jour d'arrêt de travail total et continu pour le paiement de l'indemnité garantie.

Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un accident.

4 - SOUSCRIPTION DES GARANTIES

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

En ce qui concerne la garantie perte d'emploi, l'adhésion à cette garantie 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. La garantie perte d'emploi n'est acquise qu'à condition que l'emprunteur bénéficie de la garantie décès.

4.2. La garantie couvre l'emprunteur et le coemprunteur à hauteur du pourcentage précisé sur la demande d'adhésion.

Lorsque le pourcentage assuré est inférieur à 100 %, les garanties souscrites sont réduites pour chaque emprunteur en proportion du pourcentage initialement 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.

5 - CESSATION DES GARANTIES

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

- 75^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 PARTIELLE ou liquidation de la retraite si celle-ci intervient entre 60 et 65 ans, y compris le service des prestations résultant d'une prise en charge de ce risque antérieurement à cette date.
- 60^e anniversaire pour la garantie PERTE D'EMPLOI

Par ailleurs, les garanties cessent également :

- le jour où le crédit a été intégralement remboursé,
- à la date de déchéance du terme prononcé par le 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.

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

Par ailleurs, les adhésions en cours au moment de la résiliation du contrat restent assurées par l'assureur jusqu'à la fin du prêt sous réserve de 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 - RISQUES GARANTIS

8.1. Décès et perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de décès de l'emprunteur avant le 31 décembre de son 75^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.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'emprunteur qui est 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.

Cependant, sera automatiquement considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie l'emprunteur ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^e catégorie.

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

8.2. Incapacité de travail

8.2.1. Les garanties incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente (totale ou partielle) 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

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 65^e anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient entre 60 et 65 ans, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, de continuer son travail ou d'exercer toute activité donnant lieu à gain ou profit.

Dans ces conditions, l'assureur intervient :

- à compter du 16^e jour d'incapacité de travail totale et continue pour les emprunteurs exerçant une profession de santé et ayant le statut de profession libérale
- à compter du 91^e jour d'incapacité de travail totale et continue pour les autres professions, si l'option 2 ou 2 bis a été souscrite
- à compter du 181^e jour d'incapacité de travail totale et continue pour les autres professions, si l'option 4 a été souscrite.

Les périodes de franchise prévues ci-dessus sont portées à 180 jours en fonction de l'affection, selon les dispositions prévues à l'article 3.2.2.

L'assureur prend en charge le paiement des échéances du prêt (hors assurance) telles que prévues au tableau d'amortissement ou les intérêts courus en cas de différé d'amortissement, à l'exclusion du montant en capital compris dans la dernière échéance en présence d'un prêt remboursable au terme.

Le montant des échéances est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail 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).

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'assuré (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 (hors assurance) ou 50% des intérêts courus en cas de différé d'amortissement (hors capital compris dans la dernière échéance pour les prêts remboursables au terme), après application 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 TNS :

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.

Cette indemnité 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 entre 60 et 65 ans.

La prise en charge cesse de plein droit du seul fait que 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 rechute due à une affection ayant déjà fait l'objet d'une prise en charge, il n'est pas appliqué un nouveau délai de franchise si la durée de la reprise est inférieure à 2 mois.

8.2.3. Invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

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 partielle ou totale 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 (option 2 et option 4), celui-ci maintient les prestations prévues en cas d'incapacité temporaire de travail.

Si l'emprunteur est reconnu par l'assureur atteint d'une invalidité permanente partielle (options 2 bis 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. Invalidité permanente partielle

Est considéré en état d'invalidité permanente partielle, 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 %.

L'invalidité permanente partielle ne concerne que les assurés ayant souscrit à l'option 33% (option 2 bis uniquement).

Cette garantie ne concerne pas l'option 2 (66%), ni l'option 4 (défiscalisation).

8.2.3.3. Invalidité permanente totale

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 %.

L'invalidité permanente totale concerne les assurés qui ont souscrit l'option 33% (options 2 bis), 66% (option 2) ou défiscalisation (option 4).

8.2.3.4. 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).

L'incapacité professionnelle sera appréciée en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

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	47,82	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

* dans le cadre de l'option "confort", 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 : $\frac{n-33}{33}$.

* si le degré "n" est supérieur à 66 %, l'indemnité est maintenue intégralement (Invalidité Permanente Totale).

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

8.3. Perte d'emploi

8.3.1. Nature du risque

L'assuré salarié licencié, avant le 31 décembre de l'année de ses 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 16.1.1979) 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 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 l'ASSEDIC.

La date d'entrée en chômage est celle retenue par l'ASSEDIC pour le versement de l'allocation journalière.

8.3.2. Montant indemnité

Au titre de la garantie perte d'emploi 50 :

L'assureur verse à partir du 181^e jour de perception d'allocation chômage, une indemnité journalière égale à 1/720^e du montant des remboursements prévus pour l'année au tableau d'amortissement (hors assurance) ou de 50% du montant des intérêts courus en cas de différé d'amortissement.

Cette indemnité est versée pendant 360 jours au maximum pour une même entrée en chômage ou plusieurs entrées entrecoupées d'une reprise d'activité inférieure à 6 mois.

Au titre de la garantie perte d'emploi 25 :

L'indemnité telle que définie ci-dessus est réduite de 50%.

Dans tous les cas, l'indemnité ne peut être supérieure à 1/30^e de 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 l'ASSEDIC.

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

En cas de reprise d'activité supérieure à 6 mois, toute nouvelle entrée en chômage donne lieu à application du délai de franchise de 180 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 le 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.

9 - LIMITE DES GARANTIES

Dans tous les cas, les prestations versées au titre de la garantie incapacité de travail ne peuvent être supérieures aux remboursements des sommes dues à l'organisme prêteur, et sont limitées à un montant de 160 Euros par jour.

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

Les augmentations d'échéance intervenant après la date du sinistre 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 ne seront versées que pour les périodes d'incapacité postérieures à la première constatation médicale 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, à savoir tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou étranger dans lequel la France est partie belligérante ou non ; sous réserve de la législation française particulière à intervenir en période de guerre ;
- du suicide (dans les conditions de l'article L. 132-7 du Code des Assurances) ;
- des risques aériens spéciaux provenant des compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vol sur aile volante, U.L.M. ;
- des risques provenant de l'usage d'un 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'empire d'un état alcoolique susceptible d'être sanctionné pénalement (articles L. 234-1 et R. 234-1 du Code de la Route) ou a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants (article L. 235-1 du Code de la route) ;
- des sinistres résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement ;
- es modifications de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences

11.2. Au titre de la garantie incapacité de travail

Les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'admission dans l'assurance ne donnent lieu à aucune garantie, à moins que l'emprunteur fasse la preuve qu'il n'a pas eu d'interruption de travail à ce titre pendant 2 ans à compter de la date d'effet de son adhésion, et sous réserve que ces maladies ou accidents n'aient pas fait l'objet d'exclusions lors de l'admission à l'assurance.

11.3. Au titre de la garantie perte d'emploi

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 de biens 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 dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi par l'emprunteur,
- 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.

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 définitif

Par ailleurs, les documents suivants sont à fournir :

12.1. En cas 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 :

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 :

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 résulte pendant cette période ; ce certificat doit être renouvelé au moins tous les 30 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 ASSEDIC, 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.

12.4. En cas de chômage

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

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**, accompagnés des pièces justificatives énoncées à l'article 11. 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 carence 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 non. La cotisation est indiquée sur le certificat de garantie.

Cette 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.

Les cotisations sont prélevées par l'assureur sur le compte indiqué par l'emprunteur (le montant minimum du prélèvement est fixé à 30 EUR), et ne subissent pas de réduction après la fin des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité de travail ou invalidité.

TARIFS DIFFÉRENCIÉS FUMEURS, NON-FUMEURS

Pour la garantie Décès/PTIA, incapacité et invalidité, 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.

DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L. 141-3 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 prime 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 œuvre de cette procédure, l'assureur en informera le bénéficiaire du contrat.

15 - BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE

15.1. Le bénéficiaire des prestations est expressément désigné sur le bulletin d'adhésion. A défaut de désignation, l'organisme prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant.

15.2. Prévoyance crédit

L'emprunteur a la possibilité de souscrire à la "prévoyance crédit" en complément des garanties souscrites au profit de la banque prêteuse ; ou lorsque l'assurance au profit de la banque prêteuse est souscrite auprès d'un autre assureur.

Dans ce cas, l'emprunteur devra indiquer les noms, prénoms et adresse du bénéficiaire complémentaire, ainsi que la quotité à hauteur de laquelle les garanties sont souscrites.

15.3 Garantie décès par accident

Le bénéficiaire de la garantie décès par accident est le bénéficiaire désigné dans le cadre de l'option « Prévoyance crédit », si elle est souscrite.

A défaut, le bénéficiaire est le 2^{ème} assuré figurant sur le bulletin d'adhésion.

A défaut, le bénéficiaire est le conjoint survivant et non séparé de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré (vivants ou représentés) à défaut les ascendants de l'assuré, à défaut les héritiers de l'assuré.

15.4 Paiement des prestations

En cas d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de perte d'emploi, les prestations sont versées sur le compte de prélèvement du prêt, à charge pour l'assuré de les affecter au remboursement du prêt.

16 - 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.

17 - DROIT ET LANGUE APPLICABLES

Le contrat est soumis au Code des Assurances français. Toute relation avec l'adhérent se fait en langue française, ce que l'adhérent accepte.

ADRESSE DE L'ASSUREUR POUR LA DECLARATION DE SINISTRE :
CENTRE DE GESTION «TELEVIE» - GIE ACM SERVICE PREVOYANCE - 34 RUE DU WACKEN - 67000 STRASBOURG
ADRESSE POSTALE : 63, chemin Antoine Pardon - 69814 TASSIN CEDEX - TEL. 03 88 14 62 94
E-mail : cgestelevie@televie.fr
TOUTES LES DECLARATIONS, Y COMPRIS PERTE D'EMPLOI SONT A ENVOYER A CETTE ADRESSE.

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 œuvre 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.