

CSF ASSURANCE EMPRUNTEURS - NOTICE D'INFORMATION SUR LE CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N° V. 9764 0001

1 - GÉNÉRALITÉS

CSF Assurance Emprunteurs résulte du contrat d'assurance de groupe n° V. 9764 0001 souscrit par le Crédit Social des Fonctionnaires auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine.

La société CSF Assurances est mandatée par SwissLife Assurance et Patrimoine pour la gestion des adhésions et des sinistres.

Ce contrat ne prévoit pas de distribution de Participation aux Bénéfices.

2 - OBJET DU CONTRAT

CSF Assurance Emprunteurs du Crédit Social des Fonctionnaires a pour objet de garantir ses adhérents ayant contracté un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Le prêt à garantir est soit un prêt familial amortissable formalisé en France devant notaire, soit un prêt amortissable souscrit auprès d'un organisme prêteur situé dans l'Union Européenne ou la Suisse, soit un prêt relais d'une durée de 24 mois au maximum.

Le prêt à garantir doit être libellé en euros et le contrat de prêt rédigé en français.

On entend par :

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : le fait d'être reconnu par le Médecin Conseil de l'assureur dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à toute occupation ou à tout travail procurant un revenu et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans.

Est automatiquement considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assuré dès lors qu'il est classé parmi les invalides de 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale.

Invalidité Permanente Totale : le fait d'être reconnu par le Médecin Conseil de l'assureur définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail procurant un revenu par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans. De plus, le taux d'invalidité fonctionnelle doit être égal ou supérieur à 66%, d'après le Guide Barème actualisé du Concours Médical.

De plus, si l'assuré est salarié, il doit également bénéficier de la part de la Sécurité sociale, après consolidation, d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle égale ou supérieure à 66%. Toutefois, les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

Invalidité Permanente Partielle : le fait d'être reconnu par le Médecin Conseil de l'assureur d'une manière permanente et définitive incapable de reprendre l'activité professionnelle exercée avant la survenance de son invalidité professionnelle, avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans. De plus, le taux d'invalidité fonctionnelle doit être au moins égal à 33% et inférieur à 66%, d'après le Guide Barème actualisé du Concours Médical.

De plus, si l'assuré est salarié, il doit également bénéficier de la part de la Sécurité sociale, après consolidation, d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie ou d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle supérieure ou égale à 33% et inférieure à 66%. Toutefois, les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'assureur.

Incapacité Temporaire Totale de Travail : le fait d'être reconnu par le Médecin Conseil de l'assureur temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer son activité professionnelle suite à un accident ou une maladie, avant le 31 décembre de l'année de son 65^{ème} anniversaire ou avant liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans.

L'assuré au chômage ou n'exerçant pas d'activité professionnelle ne peut être couvert par les garanties Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de Travail.

3 - PERSONNES ASSURÉES ET ÂGE LIMITE À L'ADHÉSION

Emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions, adhérents du CSF, âgés de 18 ans ou plus et de moins de 70 ans à la date d'adhésion, ayant souscrit un prêt défini au point 2 dont la demande d'adhésion à CSF Assurance Emprunteurs a été acceptée. L'adhérent acquiert dès lors la qualité d'assuré.

4 - ADMSSION À CSF ASSURANCE EMPRUNTEURS

4.1 - Les demandeurs sont tenus de compléter, dater et signer une demande d'adhésion au contrat CSF Assurance Emprunteurs par laquelle ils donnent leur consentement à l'assurance, ainsi qu'une déclaration d'état de santé, le cas échéant un questionnaire de santé, et de fournir toute information complémentaire nécessaire à l'étude de leur demande d'adhésion.

Dans certaines conditions, les demandeurs peuvent également être tenus de se soumettre à un examen médical, en faisant compléter le formulaire du Médecin Conseil de l'assureur. Les frais engagés pour cet examen médical seront pris en charge par CSF Assurances, dans la limite des plafonds fixés par ce dernier et après réalisation du prêt. Les examens complémentaires ordonnés éventuellement restent à la charge des emprunteurs.

L'admission au contrat CSF Assurance Emprunteurs est faite sur la base de la déclaration d'état de santé, le cas échéant des réponses au questionnaire de santé et des autres documents médicaux transmis.

L'admission au contrat CSF Assurance Emprunteurs peut être assortie de :

- réserves excluant certaines affections et/ou garanties

- et/ou d'une surprime

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait l'application, suivant le cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) ou L.113-9 du Code des assurances (réduction des indemnités).

4.2 - La couverture du capital initial assuré est de 100%. En présence d'un emprunteur seul, la couverture du capital initial assuré est de 100%. En présence d'un co-emprunteur, chaque assuré peut s'assurer jusqu'à 100% du capital initial emprunté.

4.3 - Modification en cours d'adhésion

Toute modification des conditions d'assurance conduisant à une diminution de la couverture d'assurance ou toute résiliation devra faire l'objet de l'accord préalable de l'organisme prêteur.

4.3.1 - En cas de demande de modification du prêt, tel que le capital emprunté, la quotité d'assurance, le changement de formule ou la durée du prêt, CSF Assurances pourra se réserver le droit d'exiger l'accomplissement des mêmes formalités que celles prévues pour une nouvelle adhésion. Les modifications acceptées par l'organisme prêteur pourront faire l'objet d'un avenant ou être refusées par CSF Assurances.

4.3.2 - Toute demande de changement de formule en cours d'assurance peut être faite, à tout moment, par l'assuré par lettre simple adressée à CSF Assurances - 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.

Le passage de la formule 1 à la formule 2 peut être demandé sous réserve de satisfaire aux conditions et formalités d'admission décrites ci-avant. Les garanties de la formule 2 seront acquises à l'assuré à la date de l'avenant d'acceptation à CSF Assurance Emprunteurs.

Pour le passage de la formule 2 à la formule 1, le changement de formule sera effectif à la date de réception par CSF Assurances de la demande de l'assuré accompagnée d'un document attestant de l'accord de l'organisme prêteur.

5 - CONVENTION AERAS

5.1 - Objet de la Convention

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date d'adhésion dans le respect des règles de confidentialités prévues.

Les assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la Convention AERAS et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation par l'assureur. Retrouvez toutes les informations sur la Convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr.

5.2 - Garantie Invalidité Spécifique (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité peut être proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale ont été refusées pour des raisons médicales.

Il ne s'agit pas d'une option. Un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La Garantie Invalidité Spécifique s'exerce sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70% apprécié par le Médecin Conseil de l'assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

La prestation servie correspond à la prise en charge des échéances du prêt à concurrence de la perte de revenu tant que l'invalidité reste égale ou supérieure à 70%.

5.3 - Référent

Votre référent peut être joint du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30, au numéro 01 30 84 83 21.

6 - GARANTIES

6.1 - Les demandeurs ont le choix entre 2 formules :

Formule 1 : Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - **Attention** : Seule la garantie Décès est accordée pour les assurés à la retraite ou âgés de 65 ans et plus.

Formule 2 : Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie / Invalidité Permanente Totale / Invalidité Permanente Partielle / Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Ne peuvent souscrire la formule 2 que les demandeurs (emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions personnes physiques), âgés de moins de 65 ans et en activité professionnelle à la date de leur adhésion.

Les personnes sans emploi rémunéré au moment de la demande de prêt peuvent opter pour la formule 2. Cependant, le bénéfice des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Partielle ne leur sera accordé que s'il y a eu reprise d'une activité professionnelle et si la période d'incapacité ou d'invalidité se situe pendant la durée de reprise d'activité.

Pour le prêt relais à différé d'amortissement total, seule la formule 1 est accordée.

6.2 – En cas de co-assurés pour un même prêt, les prestations dépendent des quotités choisies. Si ces assurés ont des sinistres concomitants, le montant des prestations versées est dans tous les cas limité :

- au montant du capital restant dû, pour le Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et l'Invalidité Permanente Totale ;
- à chaque mensualité venue à échéance pendant les périodes d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Partielle.

6.3 – Les garanties s'exercent de la façon suivante :

Décès : CSF Assurances prend en charge, pour la quotité assurée, le montant du capital restant dû après paiement de l'échéance qui précède la date du décès selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt d'origine, sauf modification acceptée par l'assureur en cours de contrat.

Si, au jour de son décès, l'assuré laisse au moins un enfant de moins de 26 ans (âge réel) fiscalement à charge et scolarisé (cette dernière restriction ne s'appliquant pas à un enfant de moins de 3 ans), CSF Assurances complète sa prise en charge par le versement d'un «Capital Education» de 10 000 €.

Si, au moment du décès, l'assuré laisse plusieurs enfants répondant aux conditions ci-dessus, le «Capital Education» est divisé par parts égales entre tous les enfants concernés. Le «Capital Education» n'est versé qu'une seule fois par assuré quel que soit le nombre de prêts assurés.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : CSF Assurances prend en charge, pour la quotité assurée, le montant du capital restant dû après paiement de l'échéance qui précède la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt d'origine, sauf modification acceptée par l'assureur en cours de contrat.

Invalidité Permanente Totale : CSF Assurances prend en charge, pour la quotité assurée, le montant du capital restant dû après paiement de l'échéance qui précède la date de reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Permanente Totale selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt d'origine, sauf modification acceptée par l'assureur en cours de contrat.

Invalidité Permanente Partielle : CSF Assurances prend en charge, pour la quotité assurée, 50% des échéances du prêt à partir du 61^{ème} jour suivant la date de reconnaissance par l'assureur de l'Invalidité Permanente Partielle selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt d'origine, sauf modification acceptée par l'assureur en cours de contrat.

L'indemnité est versée tant que l'Invalidité Permanente Partielle est justifiée. Elle cesse de plein droit au terme du prêt et au plus tard le 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'assuré ou la date de mise à la retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans.

Si l'Invalidité Permanente Partielle fait suite à une indemnisation au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, il n'est pas fait application de la franchise. La prise en charge débute alors dès la date de reconnaissance par l'assureur de l'état d'Invalidité Permanente Partielle.

Incapacité Temporaire Totale de Travail : CSF Assurances prend en charge au-delà de la période de franchise pour la quotité assurée, les échéances du prêt à concurrence de la perte de revenu.

On entend par échéance : pour les prêts amortissables ou les prêts familiaux : les mensualités prévues sur le tableau d'amortissement ; pour les prêts relais à différé d'amortissement partiel : les intérêts dus mensuellement prévus sur le tableau d'amortissement.

La franchise est de 60 jours continus décomptés à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Les mensualités échues pendant la période de franchise ne donnent pas droit à indemnisation.

Le calcul de la perte de revenu se fait par différence entre le revenu de référence perçu avant l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et le revenu de remplacement perçu pendant l'Incapacité Temporaire Totale de Travail.

On entend par revenu de référence, les revenus imposables directement liés à l'exercice de la profession : traitements ou salaires nets, primes et autres avantages financiers imposables perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail.

On entend par revenu de remplacement, les traitements, rémunérations ou indemnités versés par l'employeur, les indemnités versées par la Sécurité sociale ou tout régime similaire, les prestations versées par tout organisme de prévoyance complémentaire obligatoire.

Cette prise en charge cesse à la reprise du travail, même partielle ou, pour les assurés sociaux, à la date à laquelle ils cessent de percevoir les indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout régime similaire.

Pour tout nouvel arrêt de travail intervenant dans un délai de 60 jours à compter de la reprise de travail, il ne sera pas fait application du délai de franchise lorsque le nouvel arrêt est dû à une affection médicalement reconnue comme étant une rechute de la précédente.

L'indemnité journalière est versée tant que l'arrêt de travail est justifié. Son versement cesse en tout état de cause au 1.095 jours d'arrêt de travail et au plus tard au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'assuré ou de la date de mise à la retraite si celle-ci intervient avant l'âge de 65 ans.

En cas de persistance de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail au delà de 1 095 jours, la consolidation, impliquant une impossibilité d'améliorer l'état de santé de l'assuré par un quelconque traitement médical, sera constatée médicalement de façon à ouvrir éventuellement droit aux prestations prévues en cas d'invalidité permanente.

En cas de reprise de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, CSF Assurances prend en charge, pour la quotité assurée et après paiement de l'échéance qui précède le 1^{er} jour de la reprise de travail à mi-temps thérapeutique, 50% des échéances du prêt selon le tableau d'amortissement du contrat de prêt d'origine, sauf modification acceptée

par l'assureur en cours de contrat. Cette prestation est limitée à 12 mois pour toute la durée du prêt

6.4 – Les garanties prennent effet :

6.4.1 – Sous réserve d'acceptation à l'assurance et du paiement des cotisations, à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'adhérent, augmentée du délai de rétractation.

En cas de décès survenant après acceptation de l'adhésion et avant le prélèvement de la première cotisation d'assurance, le capital prévu au contrat sera versé sous déduction du montant de la cotisation due.

6.4.2 – L'adhérent a 90 jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion pour accomplir les formalités médicales. Pendant ces 90 jours, l'assuré est garanti uniquement contre le DECES ACCIDENTEL sous réserve de l'existence d'un engagement contractuel réciproque entre l'emprunteur et l'organisme prêteur. La garantie provisoire cesse de plein droit dès notification par l'assureur de sa décision.

On entend par accident, toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'assuré.

7 - RISQUES COUVERTS ET RISQUES EXCLUS

7.1 – Risques couverts

Tous les risques de la vie courante, familiale ou professionnelle, civile ou militaire sont couverts, et notamment :

7.1.1 – Les opérations de maintien de l'ordre lors d'émeutes, attentats, mouvements populaires, rixes.

7.1.2 – Les transports terrestres, maritimes ou aériens, par moyens civils ou militaires, quelle que soit la fonction à bord.

7.1.3 – L'accomplissement de missions officielles à l'étranger, notamment dans le cadre de résolutions de l'ONU (mais pas exclusivement).

7.1.4 – Le risque de guerre, toutefois en cas de guerre étrangère déclarée par le Parlement selon l'article 35 de la Constitution, les garanties seront déterminées par la législation à intervenir pour les assurances en temps de guerre.

7.1.5 – La pratique de toute activité sportive dans le cadre de l'exercice de son métier comme dans le cadre privé.

7.2 – Risques exclus

7.2.1 – Pour le décès :

- Le suicide dans les 12 mois de la prise d'effet des garanties, sauf dans le cas d'un prêt destiné à l'acquisition du logement principal de l'assuré. Dans ce cas, seule la partie excédant un plafond dont le montant est fixé par décret, visé à l'article L.132-7 du Code des assurances en vigueur au moment du sinistre, est exclue.

7.2.2 – Pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Invalidité Permanente Totale, l'Invalidité Permanente Partielle et l'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- Les suites ou conséquences d'accidents dont la date de survenance est antérieure à la date d'effet des garanties ou de maladies dont la date de première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties.

- Les tentatives de suicide.

- Les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré.

- Les conséquences d'un accident de la circulation survenu en état d'ivresse, celui-ci étant caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui prévu par la législation en vigueur à la date de l'accident.

- Les conséquences de l'éthylisme.

- Les conséquences d'usage de stupéfiants non prescrits médicalement.

7.2.3 – Pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

Sont également exclus les arrêts de travail correspondant à la période légale du congé maternité telle que la définit le Code du travail que l'assuré exerce une activité salariée ou non salariée.

8 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

8.1 – Déclaration de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 60 jours suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure. A défaut, la garantie n'est plus acquise.

Pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le délai est de 120 jours à compter de la date à partir de laquelle l'assuré ne perçoit plus l'intégralité de son traitement ou salaire. A défaut, l'Incapacité Temporaire Totale de Travail est considérée comme survenue à la date de sa déclaration. Il n'est dans ce cas pas fait application de la franchise.

Tout sinistre doit être déclaré par écrit, sous pli confidentiel, à Monsieur le Médecin Conseil de l'assureur - CSF Assurances - Service médical - 9 rue du Faubourg Poissonnière 75313 Paris Cedex 09.

8.2 – Territorialité

Lorsque l'assuré ne réside pas sur le sol français ou lorsque l'assuré résident français séjourne temporairement hors du territoire français, les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de Travail ne peuvent s'exercer qu'à son retour sur le sol français.

8.3 – Pièces nécessaires à l'ouverture du dossier et au paiement des prestations

Dans tous les cas, le Médecin Conseil de l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire s'il le juge utile.

A chaque demande d'ouverture de dossier, il convient de joindre : le tableau d'amortissement comportant le détail des échéances de prêt, la copie de l'offre de prêt et le relevé d'identité bancaire du bénéficiaire des prestations, et notamment les pièces ci-après.

8.3.1 – Décès

- La copie intégrale de l'acte de décès.

- Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

Et si l'assuré laisse des enfants :

- Un certificat de scolarisation.
- La copie du dernier avis d'imposition.
- La copie du livret de famille.
- La preuve de l'autorité parentale ou de tutelle.

8.3.2 – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Un certificat médical indiquant de manière précise la cause et l'importance de l'invalidité conduisant à la perte totale et irréversible d'autonomie.

- La notification de la reconnaissance d'une invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale.

8.3.3 – Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

Un certificat médical constatant la consolidation de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle précisant l'origine de l'invalidité et la date à laquelle l'affection s'est déclarée ou l'accident est intervenu ayant entraîné l'invalidité.

- La notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie en cas d'Invalidité Permanente Totale ou de 1^{ère} catégorie en cas d'Invalidité Permanente Partielle.

8.3.4 – Incapacité Temporaire Totale de Travail

- Un certificat médical précisant l'affection ayant entraîné l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et la date de première constatation.
- Le décompte d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

8.4 – Contrôle

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Partielle, les médecins, agents et délégués de l'assureur auront à toute époque, sauf opposition justifiée et après mise en demeure, sous peine de déchéance de la garantie, un libre accès auprès de l'assuré. Lors du contrôle, l'assuré pourra se faire assister d'un médecin de son choix.

L'intervention de CSF Assurances n'est possible que si le ou les assurés sont à jour du paiement des cotisations.

9 - TIERCE EXPERTISE AMABLE

En cas de contestation par l'assuré de la décision de l'assureur suite à expertise, l'assuré pourra faire appel, à ses propres frais, à un médecin de son choix pour effectuer une contre expertise.

Si le désaccord subsiste, un troisième médecin (tiers expert) sera nommé d'un commun accord par les deux experts déjà consultés. A défaut d'accord entre les parties, le Juge du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré procédera à la désignation de ce tiers expert. Lors de l'arbitrage, chaque partie prendra en charge les frais du médecin le représentant. Quant aux honoraires et frais de nomination du tiers expert, ils seront réglés par moitié entre l'assureur et l'assuré.

10 - BÉNÉFICIAIRE

Pour toutes les garanties liées au remboursement du prêt assuré, le bénéficiaire est l'organisme prêteur.

Pour le "Capital Education", le bénéficiaire est la personne physique définie ci-après :

- pour chaque enfant âgé, le jour du décès, de moins de 18 ans, le capital est versé à la personne ayant autorité parentale ou assurant la tutelle du mineur et cela quel que soit le lien de parenté ou la situation matrimoniale des co-emprunteurs (mariés, pacsés, famille monoparentale, sans liens familiaux, etc.),
- pour chaque enfant majeur au jour du décès, le capital lui est versé directement.

11 - COTISATION

11.1 – La cotisation est annuelle et calculée sur le capital initial emprunté, compte tenu de la formule retenue, et pour l'entière durée du prêt. Elle est fixe et payable par fractions mensuelles.

Les cotisations sont payables par l'assuré en même temps ou indépendamment du remboursement de ses échéances de prêt.

11.2 – Remboursement anticipé partiel

Le remboursement anticipé partiel entraîne une modification de la cotisation qui sera calculée sur la différence entre le capital emprunté et le montant du remboursement anticipé partiel.

11.3 – Non paiement de la cotisation – Résiliation

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, l'assuré peut être exclu du contrat en cas de non paiement des cotisations dans les délais prévus. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

L'organisme prêteur est simultanément avisé du non paiement de la cotisation et/ou de la résiliation.

12 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent lors du remboursement définitif du prêt ou lorsque la déchéance du terme a été prononcée et en tout état de cause :

- pour la garantie Décès, au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint son 85^{ème} anniversaire.
- pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Incapacité Temporaire Totale de Travail, à la

date de mise en retraite ou préretraite et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^{ème} anniversaire.

13 - DÉLAI DE RENONCIATION

L'assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle le contrat a été conclu ou de la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus, limitation de garanties ou surprimes).

Modèle de lettre de renonciation à adresser par lettre recommandée avec avis de réception à CSF Assurances - Service gestion - 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09 : « Je soussigné(e)vous informe que, conformément aux dispositions de l'article L.132-5-1 du Code des assurances, je désire renoncer au bénéfice du contrat n° V. 9764 0001, auquel j'avais antérieurement adhéré.

A....., le.....Signature ».

L'adhésion au contrat n° V. 9764 0001 cesse immédiatement à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi). CSF Assurances avertira par écrit l'organisme prêteur.

14 - PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

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 dix 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.

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.

15 - RECLAMATION/MEDIATION

Premier contact : En cas de réclamation concernant le contrat, dans un premier temps, l'assuré est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel (service gestion).

Deuxième contact : Si un désaccord persiste, l'assuré peut intervenir auprès du service réclamations du Crédit Social des Fonctionnaires dont les coordonnées sont : Service Consommateurs - CS 72013 - 45010 ORLEANS CEDEX 01.

En dernier recours : le Département Médiation. Le Département Médiation de l'assureur intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'assuré par le service Consommateurs du CSF, en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'assuré par le Département Médiation de l'assureur en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

16 - ORGANISME DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de CSF Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

17 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

(Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi n°2004-81 du 6 août 2004)

L'assuré peut demander communication de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, et de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition peut être exercé auprès de CSF Assurances - 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris Cedex 09.

Les données recueillies sont indispensables pour le traitement adapté du dossier de l'assuré. Elles sont obligatoires, le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier de l'assuré.

CSF Assurances met, également en œuvre, un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

1 - Généralités

L'Assurance Perte d'Emploi résulte du contrat d'assurance de groupe n° V. 1054 0001 souscrit par le Crédit Social des Fonctionnaires auprès de SwissLife Prévoyance et Santé. SPB est mandaté par SwissLife Prévoyance et Santé pour gérer les adhésions et les sinistres.

2 - Assurés

Le présent contrat, régi par le Code des assurances, a pour objet de faire bénéficier des garanties décrites ci-après les adhérents du Crédit Social des Fonctionnaires, emprunteurs et co-emprunteurs bénéficiant d'un prêt immobilier. Sont réputés assurés les emprunteurs et co-emprunteurs ayant demandé leur adhésion au présent contrat et répondant, à la date d'adhésion, aux conditions d'admission.

3 - Personnes admissibles

Sont admissibles et systématiquement présentés à l'assurance les emprunteurs ou co-emprunteurs qui :

- sont âgés de moins de 55 ans (date anniversaire) à la date de signature de la demande d'adhésion,
- exercent à titre principal une activité salariée, non saisonnière ou non temporaire et, à ce titre, sont titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée dans une entreprise ne faisant pas l'objet d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire,
- sont susceptibles de bénéficier des allocations de l'assurance chômage (allocations de Pôle Emploi ou assimilé),
- ne font pas l'objet d'une procédure de licenciement dont ils auraient été informés à titre individuel ou collectif,
- ne sont pas au chômage partiel ou technique, en démission, ni en préretraite, n'ont pas été désignés ou n'ont pas postulé pour un départ dans le cadre d'un contrat de solidarité. Chaque personne devant entrer à l'assurance devra obligatoirement remplir et signer une demande d'adhésion comportant une déclaration de plein emploi, au plus tard à la date d'acceptation de l'offre de prêt.

Le déblocage des fonds ou la signature de l'offre de prêt doit intervenir dans les 180 jours après signature de la demande d'adhésion. Dans le cas contraire, l'assurance est annulée de plein droit.

4 - Cotisations – paiement, mise en demeure, résiliation

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement bancaire. Elles sont dues également au cours d'une période de chômage.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, l'assuré peut être exclu du contrat en cas de non paiement des cotisations dans les délais prévus. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

5 - Effet de la garantie - carence

La garantie prend effet à compter du 91ème jour suivant la date de signature de la demande d'adhésion à la garantie facultative Assurance Perte d'Emploi. La cotisation est appelée à compter du premier jour du mois suivant la date ainsi déterminée.

Toute rupture du contrat de travail intervenant dans les 270 jours (carence) à compter de la date d'effet de la garantie définie ci-dessus ne sera pas prise en charge. La date de rupture du contrat de travail sera réputée être la date de la lettre de licenciement.

6 - Durée de la garantie

La garantie est accordée à chaque assuré, à compter de la date d'effet définie au paragraphe «Effet de la garantie» ci-dessus, pour une période de deux ans. Au cours de ces deux ans, les conditions de l'assurance, y compris tarifaires, ne peuvent être modifiées, sauf modification de la législation sur les assurances ou de la législation relative à l'indemnisation du chômage.

L'adhésion est ensuite reconduite, par périodes de deux ans successifs, aux nouvelles conditions en vigueur, y compris tarifaires, dont l'assuré est informé trois mois au moins avant le renouvellement de son adhésion. Il a alors la possibilité de demander la résiliation de son adhésion un mois au moins avant la fin de la période en cours. Toute résiliation est définitive ; l'assuré ne pourra alors jamais adhérer de nouveau à l'assurance «Perte d'emploi», sauf pour un autre prêt.

Les conditions de l'assurance sont révisables de plein droit en cas de modification de la législation sur les assurances ou de la législation relative à l'indemnisation du chômage. Dans ce cas, l'assuré est avisé des modifications trois mois au moins avant leur prise d'effet. Il a alors la faculté de dénoncer son adhésion à l'assurance au moins un mois avant cette date d'effet.

7 - Cessation de la garantie

La garantie cesse :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 60 ans,
- à la date de mise en retraite ou préretraite,
- à la date de remboursement du prêt,
- à la date de survenance de tout événement susceptible de rendre le prêt exigible au sens du contrat de prêt, y compris pour les prestations en cours,
- lorsque la durée maximum d'indemnisation est atteinte,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'assuré. Lorsque le terme de la garantie est atteint, l'assureur cesse de prélever les cotisations.

8 - Montant de la garantie

L'assuré choisit une indemnisation forfaitaire de 160 € à 1 600 €, par tranches de 160 €, sans que le montant de cette indemnisation puisse excéder la mensualité du prêt, hors cotisations d'assurance, ou la somme des mensualités de l'ensemble des prêts assurés, hors cotisations d'assurance. Le montant de l'indemnité forfaitaire choisi ne peut excéder 1 600 € pour l'ensemble des prêts assurés.

9 - Risques exclus

Est exclu le chômage qui résulte :

- de démission pour quelque cause que ce soit, même si elle est indemnisée par Pôle Emploi ou assimilé,
- de toute forme de cessation d'activité dont la réglementation ou l'indemnisation implique ou autorise la non recherche d'un nouvel emploi par l'assuré,
- de fin de contrat de travail à durée déterminée (renouvelable ou non), sauf si ce contrat est intervenu au cours d'une période de chômage indemnisable au titre du présent contrat, ou toute forme de fin de contrat temporaire à durée indéterminée (missions d'intérim, contrat de chantiers...),
- de licenciement non pris en charge par Pôle Emploi ou assimilé,
- de chômage partiel,
- de chômage consécutif à une procédure de licenciement, dont l'assuré aurait été informé à titre individuel ou collectif, antérieurement à la date d'effet de sa garantie.

10 - Application de la garantie

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit justifier de la rupture par licenciement de son contrat de travail à durée indéterminée en vigueur depuis au moins 18 mois et être admis par Pôle Emploi ou assimilé au bénéfice de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE).

11 - Franchise

Les prestations sont dues à compter du 91ème jour d'indemnisation continue par Pôle Emploi ou assimilé, les 90 jours précédents constituant la période de franchise. Dans le cas de prêts avec différé d'amortissement et d'intérêts, l'engagement de l'assureur intervient à la date de première échéance, la franchise étant comptée à partir de cette date.

12 - Prise en charge des prestations

La prise en charge s'effectue au prorata du nombre exact de jours indemnisés par Pôle Emploi ou assimilé au titre de l'Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE) dont il est justifié, chaque jour comptant pour un trentième de l'indemnité forfaitaire choisie, sous réserve du paiement par l'assuré des échéances du (ou des) prêt(s) assuré(s). Toute reprise du travail, stage ou arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée inférieure ou égale à 180 jours, est considérée comme une simple suspension du service des prestations. Le décompte s'effectue sur la base des journées non indemnisées par Pôle Emploi ou assimilé au sens du présent contrat du fait de cette reprise du travail, de ce stage ou de cet arrêt de travail. Toute nouvelle perte d'emploi indemnisable intervenant avant l'expiration du délai précité est réputée être la simple poursuite de la précédente, et ne donnera pas lieu à l'application du délai de franchise de 90 jours.

13 - Durée de service des prestations

La durée du service des prestations est limitée à 720 jours indemnisés au titre d'une ou plusieurs périodes de chômage, sur la durée du prêt. Le service des prestations cesse :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée, quelle que soit la nature de cette activité,
- à la date du début de la période où l'assuré perçoit des allocations chômage au titre de la création d'entreprise,
- à la date de cessation de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi (ARE),
- dès que l'assuré est en incapacité totale de travail par suite de maladie ou d'accident et, qu'à ce titre, les allocations du Pôle Emploi ou assimilé sont suspendues,
- et, en tout état de cause, à la date de cessation de la garantie indiquée au paragraphe 7 ci-dessus.

14 - Bénéficiaire

Les prestations sont versées à l'assuré.

15 - Procédure en cas de sinistre

Lorsque l'assuré a été licencié, il doit en faire la déclaration à SPB/CSF Perte d'emploi - Département Prévoyance - 76095 LE HAVRE CEDEX avant l'expiration du délai de franchise. Si la déclaration est faite plus de 180 jours après le 1er jour d'indemnisation continue par Pôle Emploi ou assimilé, le chômage est considéré comme s'étant produit le jour où la déclaration en a été faite. Toutefois, il n'est pas fait application du délai de franchise de 90 jours.

Pièces à produire :

- copie de la lettre de licenciement adressée par l'employeur,
- lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par Pôle Emploi ou assimilé,
- décomptes d'allocations de Pôle Emploi ou assimilé,
- copie du tableau d'amortissement,
- éventuellement, toutes pièces complémentaires nécessaires à la constitution du dossier et réclamées par l'assureur. Les sommes dues en application de contrat ne sont réglées qu'après remise des décomptes d'allocation de Pôle Emploi ou assimilé justifiant des

périodes de chômage à indemniser. Dès la reprise d'une activité professionnelle, l'assuré doit en aviser l'assureur. L'assureur se réserve le droit de demander, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires. Aussi longtemps que les pièces à l'appui n'ont pas été produites et qu'il n'a pas été fait droit aux demandes de l'assureur, aucune prestation n'est exigible.

16 - Délai de renonciation

L'adhérent peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser par lettre recommandée avec avis de réception à SPB/CSF Perte d'emploi - Département Prévoyance - 76095 LE HAVRE CEDEX: « Je soussigné(e)vous informe que, conformément aux dispositions de l'article L.132-5-1 du Code des assurances, je désire renoncer au bénéfice du contrat n° V. 1054 0001, auquel j'avais antérieurement adhéré.

A....., le.....Signature ».

L'adhésion au contrat n° V. 1054 0001 cesse immédiatement à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

17 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

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 dix 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.

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.

18 - Réclamation/Médiation

Premier contact : En cas de réclamation concernant le contrat, dans un premier temps, l'assuré est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel (service gestion).

Deuxième contact : Si un désaccord persiste, l'assuré peut intervenir auprès du service réclamations du Crédit Social des Fonctionnaires dont les coordonnées sont : Service Consommateurs - CS 72013 - 45010 Orléans Cedex 01.

En dernier recours : le Département Médiation. Le Département Médiation de l'assureur intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'assuré par le service Consommateurs du CSF, en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du Médiateur de la FFSA. Le Médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagées.

Ses coordonnées seront systématiquement indiquées à l'assuré par le Département Médiation de l'assureur en cas de refus partiel ou total de faire droit à sa réclamation.

19 - Organisme de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

20 - Informatique et Libertés (Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi n°2004-81 du 6 août 2004)

L'assuré peut demander communication de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'assureur, de ses mandataires, et de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Un droit d'accès et de rectification ainsi qu'un droit d'opposition peut être exercé auprès de SwissLife Prévoyance et Santé - Département Marketing et Développement Produit - 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 ROUBAIX Cedex 01.

Les données recueillies sont indispensables pour le traitement adapté du dossier de l'assuré. Elles sont obligatoires, le défaut de réponse aux questions peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier de l'assuré.

Le responsable du traitement de vos informations met également en œuvre, un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret - S.A. au capital de 150 000 000 Euros - 322 215 021 RCS Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances ; SPB - Siège social : 71 quai Colbert 76600 Le Havre - Société Anonyme de courtage d'assurance à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 1 000 000 Euros - 305 109 779 RCS Le Havre - N° ORIAS 07 002 642.