

SÉRÉVI EMPRUNTEUR

NOTICE

N°2148

SOMMAIRE

NOTICE	p. 4
1. DÉFINITIONS	p. 4
2. OBJET DU CONTRAT	p. 5
3. ADMISSION À L'ASSURANCE	p. 5
4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES	p. 5
5. DÉLAI DE RENONCIATION	p. 6
6. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	p. 6
7. BÉNÉFICIAIRE	p. 6
8. GARANTIES ET PRESTATIONS ASSOCIÉES	p. 6
9. MODIFICATION DES GARANTIES ET DES RISQUES	p. 8
10. COTISATIONS	p. 8
11. EXCLUSIONS	p. 8
12. CESSATION DES GARANTIES	p. 9
13. DÉCLARATION DE SINISTRE	p. 10
14. LOI APPLICABLE	p. 10
15. FONDS DE GARANTIE DES ASSURANCES DE PERSONNES	p. 10
16. LANGUE	p. 10
17. INFORMATIONS FOURNIES	p. 10
18. RÉCLAMATIONS	p. 10
19. PRESCRIPTION	p. 10
20. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	p. 11
21. CONVENTION AERAS - "S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ"	p. 11
22. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	p. 12
RÔLE DE L'ASSOCIATION SYNERGIE ÉPARGNE RETRAITE PRÉVOYANCE (DITE "LA SEREP") ?	p. 13
ANNEXE À LA NOTICE SÉRÉVI EMPRUNTEUR GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES	p. 14

NOTICE

Sérévi Emprunteur est un contrat d'assurance de groupe n°2148 souscrit auprès de l'Assureur SURAVENIR par l'association Synergie Épargne Retraite Prévoyance (SEREP) au profit de ses adhérents.

Ce contrat est régi par le code des assurances, et relève des branches 1, 2 et 20 (accident, maladie, vieillesse).

Ce contrat est souscrit par la SEREP pour une période d'un an renouvelable par tacite reconduction.

L'adhésion à ce contrat est réservée aux personnes membres de l'association SEREP.

Ce contrat d'assurance de groupe, et notamment les droits et les obligations de l'Adhérent, peuvent être modifiés par accord entre l'association et l'Assureur en cours de vie du contrat. L'assemblée générale de la SEREP a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association. Elle peut toutefois déléguer au conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants il en fait rapport à la plus proche assemblée. Il appartient, dans tous les cas, à l'association ayant souscrit le contrat d'en informer ses adhérents trois mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur. L'Adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : SURAVENIR - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. La dénonciation peut être faite suivant le modèle de lettre suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent) refuse les modifications opérées sur le contrat d'assurance de groupe n°2148 Sérévi Emprunteur et en conséquence demande la résiliation de mon contrat. Je reconnais que ma demande met un terme définitif à mon contrat". Date et signature.*

En cas de résiliation du contrat souscrit par la SEREP auprès de l'Assureur SURAVENIR, que celle-ci soit à l'initiative de l'association ou de l'Assureur, ou en cas de dissolution ou de liquidation de l'association SEREP, quelle qu'en soit la cause, le contrat se poursuivra de plein droit entre l'entreprise d'assurance et les personnes antérieurement adhérentes au contrat. Aucune adhésion nouvelle ne sera plus acceptée.

1. DÉFINITIONS

Accident : se définit comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme des accidents, notamment, les accidents cardiaques, les accidents vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux.

Assuré : personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur et qui paie les primes. Le terme Assuré définit le ou les Assurés.

Assureur : SURAVENIR.

Consolidation : stabilisation de l'état de santé de l'Assuré, sans possible amélioration ou aggravation et susceptible de permettre l'appréciation d'un degré d'invalidité.

Capital restant dû : c'est le montant de capital restant dû à l'organisme prêteur au titre du prêt contracté, au jour du sinistre.

Entreprise contractante : personne morale qui adhère au présent contrat et qui paie les primes en lieu et place de l'Assuré.

Exclusions : ce sont les limites de la garantie. Les exclusions peuvent être générales, lorsqu'elles sont attachées à une garantie, particulières, lorsqu'elles sont fonction de l'état de santé de l'Assuré.

Franchise : c'est la période d'arrêt de travail ou d'activité pendant laquelle l'Assuré ne pourra pas être indemnisé. Elle débute à compter du 1^{er} jour d'une période d'arrêt total et ininterrompu de travail ou d'activité. La franchise peut courir plusieurs fois pendant la vie de l'adhésion.

Maladie : toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale.

Nominal : c'est le montant de capital emprunté. Le nominal assuré est le nominal multiplié par la quotité assurée.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT) : impossibilité temporaire et absolue, pour l'Assuré, d'exercer sa profession. L'ITT doit être totale et reconnue par une autorité médicale compétente. La détermination de l'Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT) par l'Assureur sera indépendante du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Incapacité Permanente Partielle ou Totale (IPP / IPT) et l'Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS) : impossibilité permanente et définitive de l'Assuré d'exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. L'Invalidité Permanente et l'Invalidité Spécifique sont déterminées, par expertise médicale, à partir du moment où l'état de santé de l'Assuré est consolidé. La détermination de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale par l'Assureur sera indépendante du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque procurant gain ou profit et nécessitant d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie courante (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer). L'état de PTIA sera apprécié par expertise médicale.

Quotité : quote-part exprimée en pourcentage, et appliquée au montant du prêt pour déterminer le montant assuré.

Souscripteur : l'association SEREP.

2. OBJET DU CONTRAT

Sérévi Emprunteur a pour objet de garantir, dans le cadre de prêts immobiliers, de prêts professionnels et de prêts personnels accordés par des organismes prêteurs, le versement :

- du capital restant dû, multiplié par la quotité assurée, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré,
- des échéances de remboursement multipliées par la quotité assurée, en partie ou totalement, en cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Spécifique AERAS.

Les prêts en crédit bail, les prêts en franchise totale, les prêts revolving, et les prêts d'une durée supérieure à 30 ans ne sont pas couverts dans le cadre du contrat Sérévi Emprunteur.

Dans le cadre de la convention AERAS, la garantie Invalidité Spécifique AERAS sera automatiquement appliquée dès lors que les garanties ITT, IPP et IPT auront été acceptées avec exclusion(s). Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers et professionnels.

3. ADMISSION À L'ASSURANCE

Peuvent être admises à l'assurance les personnes physiques emprunteur, co-emprunteur, rentrant dans les critères suivants, à la date de signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de plus de 18 ans,
- être majeur capable,
- être âgé de moins de 80 ans au 31 décembre de l'année en cours pour la garantie Décès,
- être âgé de moins de 65 ans au 31 décembre de l'année en cours pour les garanties PTIA, IPT, IPP et ITT,
- résider en France continentale (hors Corse, départements et territoires d'outre-mer) pour adhérer à l'ensemble des garanties,
- exercer une activité professionnelle procurant gain ou profit pour bénéficier de la garantie ITT.

Peuvent être admises à l'assurance et opter uniquement pour les garanties Décès et PTIA, sous réserve de remplir les conditions pré-citées :

- les cautions,
- les ressortissants de l'Union Européenne, de Suisse, de Norvège et d'Islande sous réserve qu'ils aient leur résidence principale en France et que le prêt soit contracté auprès d'un établissement français, soit libellé en euros et soit rédigé en français.

Formalités d'adhésion

L'Assuré, et le cas échéant, l'Entreprise contractante doivent renseigner et signer la demande d'adhésion. L'Assuré doit se soumettre aux formalités médicales le concernant.

L'article L. 113-8 du code des assurances précise que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, même si le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'Assuré doit faire preuve de la plus grande sincérité et exactitude dans les réponses données.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugera nécessaire à l'étude du dossier.

Le remboursement des frais médicaux ne sera possible qu'à partir du moment où l'adhésion est effective, ou en cas de refus du dossier à l'initiative de l'Assureur.

L'Assuré doit par ailleurs, le cas échéant, retourner signé son accord sur les conditions d'assurance de l'Assureur, dans un délai maximum de quatre mois suivant l'envoi de la notification de ces conditions.

Enfin, l'Assuré, et le cas échéant, l'Entreprise contractante, doivent conserver l'ensemble des documents suivants :

- la demande d'adhésion,
- la présente notice,
- l'exemplaire de la notification des conditions d'assurance, le cas échéant,
- le certificat d'adhésion, et ses avenants éventuels.

4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Après réception par SURAVENIR de la demande d'adhésion dûment complétée et signée, et sous réserve de la signature de l'offre de prêt, les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

L'Assureur se réserve la possibilité de notifier à l'Assuré des conditions d'acceptation à l'assurance avec réserves, exclusions ou majoration de cotisations. En cas de refus ou de non réponse de l'Assuré dans un délai de quatre mois à compter de la notification des conditions d'assurance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais pris effet.

Les sports à risques figurant au **paragraphe 11.3** feront l'objet d'une étude, en cas de demande expresse de l'Assuré, sur l'ensemble des garanties du contrat.

Tant que la décision de l'Assureur n'a pas été notifiée à l'Assuré et sous réserve d'un engagement contractuel avec l'organisme prêteur, il bénéficie d'une garantie provisoire en cas de décès accidentel. Cette garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion : elle est limitée à deux mois et prend fin au plus tard à la date figurant sur le certificat d'adhésion.

Les garanties prennent effet sous réserve de l'encaissement effectif par SURAVENIR de la première cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée égale à celle du contrat de prêt pour toutes les garanties souscrites jusqu'à la date de cessation de ces dernières, sous réserve des dispositions prévues au **paragraphe 12**.

5. DÉLAI DE RENONCIATION

En cas de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'Adhérent, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

La renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à SURAVENIR - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Sérévi Emprunteur, que j'ai conclu le Fait à ..., le ...Signature"*.

En cas de vente à distance, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat. La renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à SURAVENIR - 232 rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, suivant le modèle suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Sérévi Emprunteur, que j'ai conclu le Fait à ..., le ...Signature"*.

En cas de demande expresse de l'Adhérent d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'Assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

6. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'Assuré est couvert dans le monde entier.

L'ITT, l'IPP/IPT, l'IS AERAS et la PTIA doivent être constatées sur le territoire français pour donner lieu à indemnisation.

Le décès doit être constaté par une autorité légale de l'Union Européenne.

7. BÉNÉFICIAIRES

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues assurées.

Toutefois, pour le risque Décès, l'Adhérent peut modifier le bénéficiaire des prestations par avenant à l'adhésion, avec l'accord express de l'organisme prêteur et mise en place d'une clause séquestre **convenue avec un notaire**.

8. GARANTIES ET PRESTATIONS ASSOCIÉES

8.1 Calcul des prestations

Le calcul des prestations versées par l'Assureur est basé sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, dans la limite du dernier tableau d'amortissement produit par l'Assureur et annexé au certificat d'adhésion, ou à ses avenants.

Toutefois, pour les prêts à paliers, le calcul des prestations qui seront versées à l'Assuré en cas de sinistre dans le cadre de ces prêts sera uniquement basé sur le tableau d'amortissement de la banque, en vigueur au jour du sinistre dans la limite du tableau d'amortissement fourni à l'adhésion ou de celui fourni suite à une éventuelle modification.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date de signature de l'offre de prêt, mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'Assureur versera au bénéficiaire le montant du capital assuré, sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée.

L'Assuré sera déchu du droit à garanties en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

8.2 Garanties principales

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le paiement du capital restant dû au jour du décès multiplié par la quotité assurée, selon la règle définie au **paragraphe 8.1**.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, constatée durant la période de validité de la garantie, et avant le 31 décembre qui suit le 65^{ème} anniversaire, l'Assureur garantit le capital prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état de PTIA.

Le versement du capital met fin à l'adhésion.

8.3 Garanties complémentaires

8.3.1 Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT)

En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail de l'Assuré, et après le délai de franchise choisi par l'Assuré et indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, l'Assureur garantit le paiement des échéances de remboursement de prêt multipliées par la quotité assurée, selon la règle définie au **paragraphe 8.1**.

Le versement des prestations s'effectue tant que la consolidation de l'état de l'Assuré n'est pas constatée médicalement, et dans tous les cas pendant 1 095 jours au plus. Il cesse au plus tard au 31 décembre

qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ou, si elle est antérieure, à la date où l'Assuré a atteint l'âge pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse.

La franchise telle qu'indiquée au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels est doublée dans la limite de 180 jours, si l'Incapacité Temporaire et Totale de travail résulte d'une pathologie du rachis cervico-dorso-lombaire non consécutive à un accident ou de psychoses, névroses, anxiété, état dépressif, lorsque l'Assuré est couvert pour ces pathologies normalement exclues.

8.3.2 Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT) et Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

En cas d'Invalidité Permanente de l'Assuré, l'Assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement partiel ou total des échéances de remboursement de prêt multipliées par la quotité assurée, selon la règle définie au **paragraphe 8.1**.

Le taux d'Invalidité Permanente est déterminé par expertise médicale, comme indiqué dans le tableau ci-dessous, par le croisement entre :

- le taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun,
- et le taux d'incapacité professionnelle, fixé 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, des possibilités restantes d'exercice, et des possibilités de reclassement professionnel.

Pour déterminer les taux d'incapacité, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents exclus des garanties à l'adhésion.

	Taux d'incapacité fonctionnelle (en %)									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10	15.87	20.80	25.20	29.24	33.02	36.59	40.00	43.27	46.42	
20	20.00	26.21	31.75	36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48	
30	22.89	30.00	36.34	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	35.37	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	84.94	
70	30.37	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79	
80	31.75	41.63	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.33	
90	33.02	43.27	52.42	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55	
100	34.20	44.81	54.29	63.00	74.14	78.84	86.18	93.22	100.00	

L'Incapacité Permanente est considérée comme Partielle lorsque le taux d'invalidité est compris entre 33 % et 66 %. Dans ce cas, l'Assureur verse le montant garanti multiplié par le taux de prise en charge défini comme suit :

$$\text{taux de prise en charge} = (\text{taux d'invalidité} - 33) / 33.$$

L'Incapacité Permanente est considérée comme Totale lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 66 %.

En cas d'Incapacité Permanente Totale, l'Assureur verse la totalité du montant des échéances de remboursement de prêt multipliées par la quotité assurée.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %.

En cas d'Incapacité Spécifique AERAS, l'Assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement total des échéances de remboursement de prêt multipliées par la quotité assurée, selon la règle définie au **paragraphe 8.1**.

Le taux d'Incapacité Spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une incapacité professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- d'une incapacité fonctionnelle dont le taux sera apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion et formellement exclues par l'Assureur dans les conditions d'assurance signées par l'Assuré ne seront pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Incapacité Spécifique AERAS.

8.4 Exonération des cotisations

Pendant toute la période de prise en charge des échéances par l'Assureur en cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IS AERAS, l'Assuré, ou l'Entreprise contractante le cas échéant, est exonéré du paiement des cotisations relatives à ces garanties.

L'Assureur remboursera les cotisations relatives aux garanties ITT, IPP IPT et IS AERAS au-delà du délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, pendant toute la durée de prise en charge des échéances de ces garanties.

8.5 Limites de prestations

Les prestations ITT/IPP/IPT et IS AERAS cessent d'être versées en cas de reprise d'une activité professionnelle, même partielle.

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'Assuré est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué.

Dans les autres cas (reprise d'activité de plus de 60 jours, arrêt pour une cause nouvelle ou poursuite de l'arrêt de travail du fait d'une nouvelle cause ou pathologie), l'indemnisation sera évaluée comme s'il s'agissait d'un nouveau sinistre, avec application d'une nouvelle période de franchise.

Le montant total des prestations versées ne peut être supérieur aux sommes dues à l'organisme prêteur pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, toutes adhésions confondues.

Les prestations ITT/IPP/IPT/IS AERAS sont plafonnées à 10 000 € par mois et par prêt assuré.

Pour les prêts relais et les prêts in fine, seuls les intérêts bénéficient des garanties ITT/IPP/IPT/IS AERAS. En aucun cas, le capital ne pourra faire l'objet d'une prise en charge au titre des garanties ITT/IPP/IPT/IS AERAS.

Le retard éventuel dans le remboursement du prêt n'est pas couvert.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IS AERAS ne sera pas prise en compte.

Les décisions prises par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé ne s'imposent pas à l'Assureur.

8.6 Contrôle et expertise

Les médecins délégués par l'Assureur doivent pouvoir consulter librement l'Assuré en état d'ITT, d'IPP, d'IPT, d'IS AERAS ou de PTIA, afin de pouvoir évaluer son état de santé. L'Assuré devra, à cet effet, communiquer à l'Assureur l'adresse où il pourra être visité. Il pourra par ailleurs se faire assister du médecin de son choix.

À défaut, aucune prestation n'est exigible.

En cas de désaccord entre les médecins délégués par l'Assureur et les médecins de l'Assuré sur son état de santé, un arbitrage médical pourra être proposé. Chacune des parties désigne son représentant à cet examen et s'accorde sur le choix de l'expert.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin. Les frais afférents à l'intervention du troisième médecin sont payés pour moitié par chaque partie.

9. MODIFICATION DES GARANTIES ET DES RISQUES

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Les cotisations sont maintenues, quelle que soit l'évolution de la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré (sauf cas de changement du taux des taxes applicables à la présente convention d'assurance).

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur par écrit de toute modification relative au(x) prêt(s) assuré(s) et de produire les tableaux d'amortissement correspondants.

Toute augmentation du nominal assuré dans les 3 ans qui suivent la date d'effet des garanties, peut se faire :

- en renseignant les mêmes formalités médicales que celles effectuées lors de l'adhésion lorsque le dossier n'a pas fait l'objet d'une étude médicale,
- en renseignant une attestation de non modification d'état de santé lorsque le dossier a fait l'objet d'une étude médicale à l'adhésion,

sous deux conditions :

- le nouveau nominal assuré est inférieur à 1 000 000 €,
- la demande de modification n'amène pas l'Assuré à changer de tranche de formalités médicales par référence à celle dans laquelle il se trouvait à l'adhésion, telle qu'indiquée dans la grille des formalités médicales annexée à la notice et à la demande d'adhésion.

Quelque soit la demande de modification, les capitaux servant à déterminer les éventuelles formalités médicales correspondent au capital restant dû assuré ; l'âge retenu étant celui qui est effectif à la date de traitement de la demande de modification.

Toute modification fera l'objet d'un avenant au certificat d'adhésion sur lequel sera indiquée la date de prise d'effet.

10. COTISATIONS

Les cotisations, sont calculées sur la base des déclarations faites par l'Assuré sur la demande d'adhésion.

Le calcul de la cotisation, à l'adhésion, ou en cas de modification relative au(x) prêt(s) assuré(s), se fera par référence à l'âge atteint par l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties.

Rentrent également dans le calcul de la cotisation les critères tels que le sexe, la classe professionnelle, la qualité fumeur/non fumeur, la nature des garanties, la franchise, la quotité, la périodicité, le montant emprunté, le type d'emprunt, la durée d'emprunt, la date d'effet, l'assiette de cotisation.

L'assiette de cotisation est laissée au choix de l'Assuré. Trois options sont proposées :

CRD/Âge évolutif : la cotisation est assise sur le capital restant dû et l'âge de l'Assuré à chaque date anniversaire du contrat.

CRD/Âge constant : la cotisation est assise sur le capital restant dû et l'âge de l'Assuré à l'adhésion.

Nominal : la cotisation est assise sur le capital initialement assuré et l'âge de l'Assuré à l'adhésion.

Le montant des cotisations est indiqué sur l'échéancier des cotisations annexé au certificat d'adhésion.

À la première cotisation sont ajoutés des frais de dossiers à hauteur de 10 € par prêt, plafonnés à 20 € par Adhérent.

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement, ou annuellement, selon le choix de l'Assuré.

Elles seront prélevées tous les 10 du mois.

Des frais de fractionnement sont appliqués en fonction de la périodicité choisie par l'Assuré : 3 % en mensuel, 2 % en trimestriel, 1,5 % en semestriel.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, SURAVENIR adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, l'Assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations dues.

Une copie de ces lettres sera envoyée à l'organisme prêteur.

11. EXCLUSIONS

11.1 Exclusions communes à toutes les garanties

Les suites ou conséquences des affections ou des événements suivants :

- les risques de guerre civile ou étrangère, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- l'utilisation des engins de guerre ou, d'une manière générale, de toute arme de détention interdite, dont l'Assuré serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement,
- les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
- toute source de rayonnement ionisant, lorsque l'assuré y est exposé de manière prévisible, fut-ce par intermittence,

- les suites ou conséquences des rixes, émeutes, crimes, délits (y compris les infractions du code de la route), actes de piraterie, de terrorisme, des actes de sabotage, des mouvements populaires en cas de participation active de l'Assuré, sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- la participation à un défi, pari, à une tentative de record,
- les sports suivants : bobsleigh, skeleton, saut à ski, vélo à ski, taumachie,
- Tout déplacement dans les pays ou régions formellement déconseillés ou proscrits par le ministère français des affaires étrangères (*voir site internet www.diplomatie.gouv.fr*).

11.2 Exclusions relatives à la garantie Décès

- Le suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties ou la date d'effet d'une augmentation des garanties en cours de contrat. Toutefois, le décès par suicide est couvert dès la date d'effet de l'assurance, dans les limites définies par les articles L. 132-7 et R132-5 du code des assurances, lorsque le contrat d'assurance a été souscrit en garantie d'un prêt destiné au financement de l'acquisition du logement principal de l'Adhérent.
- Le meurtre de l'Assuré par le co-emprunteur ou la caution.

11.3 Exclusions relatives aux garanties PTIA/IPT/IPP/ITT/IS AERAS

Les suites ou conséquences des affections ou des événements suivants :

- les accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion, ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'Assuré,
- l'éthylisme, l'état d'imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal, l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,
- le fait intentionnel de l'Assuré, la tentative de suicide.

Les sports suivants sont exclus au titre des garanties PTIA/IPT/IPP/ITT/IS AERAS mais peuvent faire l'objet d'une étude de l'Assureur sur demande expresse de l'Assuré :

les sports aériens, y compris le parachutisme, le kitesurf, l'ULM, le deltaplane, le planeur, le vol à voile, le ballon, la montgolfière... ; les sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule ou d'une embarcation à moteur (auto, essais automobiles, karting, motonautisme, moto).

Les sports suivants sont exclus au titre des garanties PTIA/IPT/IPP/ITT/IS AERAS, s'ils relèvent d'une pratique régulière encadrée ou non, ou s'ils relèvent d'une pratique non régulière et non encadrée. Ils peuvent faire l'objet d'une étude de l'Assureur sur demande expresse de l'Assuré :

l'alpinisme et la varappe ; la randonnée en solitaire de haute montagne ; la spéléologie ; le canyoning, le rafting ; l'équitation avec sauts d'obstacles ; la voile à plus de 20 miles des côtes ; la plongée sous marine avec équipement autonome (ou à plus de 20 mètres de profondeur).

11.4 Exclusions relatives aux garanties IPT/IPP/ITT/IS AERAS

- Les pathologies discales et vertébrales, sauf si elles sont d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou d'une entorse.
- Psychoses, névroses, anxiété, état dépressif.

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées à l'adhésion à condition que l'Assuré ne soit pas ou n'ait pas été atteint de ces pathologies au moment de l'adhésion.

11.5 Exclusions relatives à la garantie ITT

Les suites ou conséquences des affections ou des événements suivants :

- les séjours et hospitalisations dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident ou une maladie couverts par le contrat),
- les traitements esthétiques, d'amaigrissement, de rajeunissement, ainsi que les cures de toutes natures,
- toute grossesse, ses suites et conséquences sauf en cas de grossesse pathologique (dans ce dernier cas, aucune indemnisation n'interviendra pendant la durée légale du congé de maternité que l'assurée relève ou non du régime de la Sécurité sociale),
- les Assurés n'exerçant plus d'activité professionnelle à la date de survenance du sinistre.

12. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent pour chaque Assuré :

- à la date d'extinction normale ou anticipée du prêt,
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure, sauf accord express de l'Assureur pour la poursuite des garanties,
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur,
- en cas de défaut de paiement des cotisations, dans les conditions définies au **paragraphe 10**,
- en cas de résiliation de l'assurance, par l'Assureur ou l'Assuré,
- en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
- au plus tard :
 - pour le risque Décès, au 31 décembre qui suit le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour le risque PTIA, au 31 décembre qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour les risques ITT, IPP, IPT et IS AERAS, à la date de liquidation de la pension de retraite de l'Assuré, et au plus tard au 31 décembre qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

L'Assuré, ou l'Entreprise contractante le cas échéant, peut résilier son adhésion le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur au moins deux mois avant cette date. Le délai commence à courir à compter de la date de réception du courrier par l'Assureur

Une copie de la confirmation de résiliation sera envoyée à l'organisme prêteur bénéficiaire des garanties.

13. DÉCLARATION DE SINISTRE

Tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties doit être déclaré à l'Assureur dans les quatre mois suivant sa survenance.

Coordonnées de l'assureur :

SURAVENIR
Service Indemnisation Prévoyance
232 rue Général Paulet
BP 103
29802 Brest cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

Au-delà de ce délai, le sinistre sera réputé comme étant intervenu à la date de réception de la déclaration de sinistre.

Les pièces à produire pour constituer le dossier de demande de prise en charge sont les suivantes :

Dans tous les cas :

- copie du(des) tableau(x) d'amortissement établi(s) par l'organisme prêteur, en vigueur au jour du sinistre,
- copie de l'acte de prêt,
- certificat d'adhésion et son (ses) avenant(s) éventuel(s),
- s'il s'agit d'un accident, toutes pièces relatant les circonstances de l'accident.

En cas de Décès :

- un extrait d'acte de décès,
- un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès,
- le questionnaire remis par l'Assureur.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
- un certificat médical détaillé. La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle et Totale :
- pour les assurés sociaux, les bordereaux (ou attestations) de règlement de rente d'invalidité de l'organisme social de référence auquel l'Assuré est affilié,
- une constatation médicale.

En cas d'Incapacité Temporaire et Totale de travail :
- le formulaire fourni par l'Assureur à compléter par le médecin traitant et précisant la nature et la date de première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou d'activité et sa durée probable, le cas échéant une copie de l'arrêt de travail,
- pour les assurés salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par l'organisme social de référence auquel est affilié l'Assuré,

- pour les non salariés, les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail,
- un avis de prolongation le cas échéant.

En cas d'Invalidité Spécifique AERAS :

- un certificat médical détaillé,
- un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés,
- un congé de longue maladie pour les fonctionnaires,
- une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

L'Assureur pourra compléter le dossier par la demande de tout document qu'il jugera nécessaire pour établir son obligation.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites aucune prestation n'est exigible.

14. LOI APPLICABLE

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

15. FONDS DE GARANTIE DES ASSURANCES DE PERSONNES

SURAVENIR contribue annuellement aux ressources du Fonds de Garantie des assurances de personnes.

16. LANGUE

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre SURAVENIR et l'Assuré est la langue française.

17. INFORMATIONS FOURNIES

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

18. RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à l'adhésion ou au sinistre, l'Assuré doit d'abord consulter son conseiller habituel. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations au siège social de SURAVENIR - 232 rue du Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par SURAVENIR, l'Assuré peut demander l'avis du Médiateur. Les conditions d'accès à ce Médiateur lui seront communiquées sur simple demande au siège social de SURAVENIR.

19. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. 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.

20. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies au sein de l'ensemble des documents liés au contrat d'assurance de groupe Sérévi Emprunteur, ainsi que toutes les informations saisies à son occasion ou extraites d'information déjà fournies sont obligatoires. À défaut l'adhésion ne peut être conclue ou les informations complètement traitées. Elles ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication que pour les seules nécessités de la gestion ou pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi du 6 août 2004.

21. CONVENTION AERAS - "S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ"

La convention AERAS a pour objet de faciliter l'accès au crédit (consommation, immobilier ou professionnel) des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Cette convention concerne toute personne présentant pour l'assurance un risque aggravé de santé : son état de santé ou son handicap ne lui permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

Comment fonctionne le dispositif, quels sont les types de prêts concernés ?

■ Les prêts au logement et les prêts professionnels

Lorsque l'Assuré formule une demande de prêt immobilier, une réponse lui sera apportée dans un délai global de 5 semaines à compter de la réception de votre dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur à compter de la réception de l'ensemble des pièces et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition d'assurance.

Pour ces prêts, la convention prévoit un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance. Cet examen comporte trois niveaux :

Les différents niveaux d'examens

Si l'état de santé ne permet pas d'être assuré par le contrat standard de 1^{er} niveau, le dossier sera automatiquement examiné, sans demande particulière de la part de l'Assuré, à un 2^{ème} niveau par un service médical spécialisé.

Si, à l'issue de l'examen de 2^{ème} niveau, une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de l'Assuré, à un 3^{ème} niveau, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- l'encours cumulé de prêt ne dépasse pas 320 000 €,
- l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Les examens au 2^{ème} niveau et au 3^{ème} niveau s'appliquent lorsque la demande concerne une personne présentant un risque aggravé ou très aggravé de santé. Par rapport à un contrat standard, le tarif sera peut-être plus important, et/ou les garanties parfois limitées.

Malgré ce dispositif, certaines personnes ne peuvent pas être assurées car le risque lié à leur état de santé ne présente pas de caractère suffisamment aléatoire. Si vous êtes dans ce cas, l'établissement de crédit examinera avec vous les possibilités de garanties alternatives à l'assurance.

Il peut s'agir, par exemple :

- du recours à un contrat spécifique,
- du transfert au profit du prêteur des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie,
- du nantissement d'un capital dont vous pourriez disposer par ailleurs (bons de capitalisation...),
- du recours à d'autres sûretés, telles que le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution ou le gage.

Lorsque la couverture du risque invalidité est possible, les assureurs s'engagent à proposer une garantie Invalidité Spécifique AERAS.

Une aide pour les revenus modestes

Pour l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, un mécanisme de mutualisation est mis en place à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit. Les cotisations demandées aux personnes disposant de revenus inférieurs à des seuils prévus par la convention (par référence au plafond annuel de la sécurité sociale) ne peuvent représenter plus de 1,4 point du taux effectif global de l'emprunt. Au-delà, la fraction de la surprime est prise en charge grâce à ce mécanisme.

■ Les prêts à la consommation

Si vous souhaitez un crédit à la consommation destiné à un achat précis (objet du prêt spécifié dans l'acte ou justificatif à fournir éventuellement à la banque), vous pourrez bénéficier d'une assurance sans avoir à remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- vous êtes âgé au maximum de 50 ans à l'adhésion,
- la durée de crédit est inférieure ou égale à 4 ans (différé de remboursement éventuellement inclus),
- le montant cumulé de vos crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas 17 000 €.

En revanche, les découverts ou les crédits de type "renouvelable", même s'ils sont souscrits en vue d'un achat précis, n'entrent pas dans la catégorie des crédits à la consommation décrite ci-dessus.

Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation. Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises. Elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend en favorisant le dialogue entre votre médecin et le médecin-conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant des copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation de la convention AERAS
61 rue Taitbout
75009 Paris

Vous pouvez trouver le texte intégral de la convention AERAS sur le site : www.ffsa.fr

22. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, complétée par ses textes réglementaires d'application.

En application du cadre légal et réglementaire, l'Assuré, dès son adhésion et pour toute la durée du contrat s'engage à :

- respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- permettre à l'assureur et à son distributeur de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à 1ère demande de l'un ou de l'autre, toute pièce justificative qui serait nécessaire à l'identification des intervenants à l'acte et/ou à la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds.