

NOTICE D'INFORMATION (ref 16.36.32 - 10/2014)

valant information contractuelle et précontractuelle au sens des articles L 112-2- L 112-2-1 du Code des assurances

Extrait des Conditions Générales du Contrat Groupe souscrit par monabanq. auprès de :
SERENIS ASSURANCES SA – Société anonyme au capital de 16 422 000 € – 350 838 686 RCS ROMANS – N° TVA : FR13350838686
Entreprise régie par le Code des assurances – Siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A LA SOUSCRIPTION PAR VOIE TELEPHONIQUE CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION

1. Modalités de souscription

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de la souscription par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez la souscription à l'assurance. Après la souscription les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail.

2. Date de prise d'effet de l'adhésion

Le contrat prend effet à la date figurant sur le certificat de garantie sous réserve du paiement effectif des cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf acceptation expresse de l'assuré.

3. Preuve du contrat

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat. De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par le souscripteur consisterait en un document établi sur support papier.

QUELQUES DEFINITIONS :

Assureur :

SERENIS ASSURANCES SA

Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.
Adresse postale : Service Prévoyance - 46 rue Jules Méline - 53098 LAVAL Cedex 9.

Souscripteur du contrat Groupe :

monabanq. - Société Anonyme à Conseil d'Administration au capital de 17 000 000 € - Siège social : 61 avenue Halley, Parc de la Haute Borne, 59650 Villeneuve d'Ascq – RCS Lille Métropole 341 792 448 - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 028 164. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

Adhérent / Assuré :

Personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat Groupe et paie les cotisations et sur laquelle reposent les garanties, désignée ci après sous le terme général d' « assuré ».

Consolidation :

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

Franchise :

Période ininterrompue d'incapacité de travail ou de chômage non indemnisée par l'assureur. Pour donner lieu à indemnisation, l'arrêt de travail ou le chômage doit être total, continu et d'une durée supérieure à la franchise.

Délai de carence :

Période décomptée à partir de la date d'effet du contrat pendant laquelle la garantie Perte d'Emploi (ou la modification de garantie à la hausse) n'est pas en vigueur. La garantie est acquise après le délai de carence.

Accident :

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

Ne sont pas considérées comme « accident » les affections organiques, connues ou non dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être, entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale, un accident cardio-vasculaire, un accident cérébro-vasculaire, un accident ischémique transitoire, les lombalgies, les cervicalgies, lumbagos, les sciatalgies, les affections dorso-vertébrales ainsi que les hernies.

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

Seul l'accident survenu postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion est pris en charge au titre du présent contrat. En tout état de cause, la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible de l'assuré incombe au(x) bénéficiaire(s).

Le sigle ☞ signifie que le terme est défini dans l'encadré ci-dessus.

IMPORTANT : VOS DECLARATIONS

L'adhésion est conclue sur la base des déclarations de l'assuré.

Celui-ci est tenu de répondre exactement à toutes les questions posées par l'assureur (article L. 113-2 du Code des assurances).

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, dans les déclarations à l'adhésion ainsi qu'en cours de vie du contrat, selon qu'elle est intentionnelle ou non, peut nous amener à prendre les sanctions ci-dessous.

- Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat, conformément aux dispositions de l'article L 113-8 du Code des assurances (le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé).

- Toute omission ou inexactitude non intentionnelle dans les déclarations entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des assurances (réduction de l'indemnité en cas de sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés), sous réserve de l'application de l'article L 191-4 du Code des assurances pour les risques situés en Alsace et Moselle.

Si, dans le cadre d'un sinistre, l'assuré fait une ou plusieurs fausses déclarations ou exagère le montant des préjudices, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, il perd pour ce sinistre le bénéfice des garanties du contrat.

Toute somme indûment versée fera l'objet d'une action aux fins de remboursement, et le cas échéant de suites judiciaires.

1 - OBJET DU CONTRAT – PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat a pour objet de garantir à toute personne physique le versement d'un forfait mensuel en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou de perte d'emploi.

Il ne peut être enregistré au titre de ce contrat Groupe plus de 5 adhésions par personne.

La date limite d'entrée dans l'assurance est fixée à la veille du 59ème anniversaire de l'assuré.

2 - DUREE DU CONTRAT

L'assuré est couvert pendant une période de un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Celle-ci se renouvelle chaque année par tacite reconduction au 1er jour du mois qui précède la date anniversaire du contrat. L'adhésion cesse à l'échéance principale qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré.

3 - CONDITIONS D'ADHESION

Les conditions d'adhésion déterminent les garanties accordées à l'assuré et seront vérifiées au moment de la déclaration de sinistre.

3.1. Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) supérieur à 90 jours

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier de la garantie ITT si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes :

- être majeur et âgé de moins de 59 ans,
- exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) en France Métropolitaine ou dans un pays limitrophe,
- avoir sa résidence principale et fiscale en France,
- ne pas être en arrêt de travail pour raison de santé,
- ne pas avoir été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs durant les 12 mois précédant l'adhésion,
- ne pas être titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité,
- ne pas être exonéré du ticket modérateur pour raison de santé.

3.2. Pour la garantie Perte d'Emploi

Pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi, il faut satisfaire, au jour de l'adhésion, aux conditions requises pour bénéficier de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et de plus :

- occuper à l'adhésion un emploi salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- ne pas être au chômage, en préavis de licenciement, de démission, de mise en préretraite ou à la retraite,
- ne pas être en période d'essai.

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

4.1. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat de garantie, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 5 et aux dispositions spécifiques à la souscription par voie téléphonique.

Ainsi, l'adhésion pourra prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation. La prise d'effet du contrat antérieurement à l'expiration du délai de rétractation est soumise à l'acceptation expresse du souscripteur, matérialisée dans le bulletin d'adhésion ou exprimée lors de la souscription par voie téléphonique.

4.2. Prise d'effet des garanties

La garantie ITT prend effet à la date d'effet de l'adhésion. Néanmoins, la garantie Perte d'Emploi prend effet après un [☞] délai de carence de 180 jours.

5 - DROIT DE RENONCIATION

5.1. Faculté de renonciation

L'assuré dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu suite à une opération de démarchage. L'article L. 112-9 alinéa 1 du Code des assurances énonce notamment : « 1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. » L'assuré ne peut toutefois plus exercer son droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

Lorsque le contrat a été vendu à distance (art. L 112-2-1 du Code des assurances) l'assuré a la faculté d'y renoncer sans pénalités et sans obligation de motivation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion (ou à compter du jour où l'assuré reçoit les conditions contractuelles si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).

La renonciation prend effet au moment de la notification. En cas de renonciation, l'assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

5.2. Modalités de renonciation

Pour exercer le droit à renonciation, il suffit d'envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e)..... (nom, prénom) demeurant (adresse de l'adhérent) déclare renoncer au contrat d'assurance n° (n° imprimé) que j'ai signé(e)/souscrit par voie téléphonique le, date et signature de l'assuré », à l'adresse suivante : Service Prévoyance – 46 rue Jules Méline – 53098

LAVAL Cedex 9.

La renonciation entraîne résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

6 - CESSATION DES GARANTIES

L'assurance prend fin à l'égard de chaque assuré :

- en cas de résiliation de la part de l'assuré,
- en cas de dénonciation par l'assuré dans les 30 jours suivant la réception du courrier d'information de la modification du contrat d'assurance,
- en cas de non paiement de la cotisation, selon les dispositions de l'article 13,
- à l'échéance principale qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré,
- au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de la préretraite de la Sécurité Sociale pour les salariés,
- au jour de la cessation d'activité professionnelle pour les non-salariés,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription.

7 - DEFINITION DES GARANTIES

7.1. Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) supérieur à 90 jours

7.1.1. Définition du risque garanti :

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la prise d'effet des garanties. La mise en jeu de cette garantie est conditionnée par l'exercice d'une activité professionnelle à la veille du sinistre.

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou [☞] d'accident, avant son 65ème anniversaire ou avant la liquidation de sa retraite si celle-ci intervient avant 65 ans, dans l'impossibilité physique constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel.

En outre, s'il est assuré social, il doit bénéficier de prestations en espèces de la Sécurité Sociale.

Dans ces conditions, l'assureur intervient **après application d'une [☞] franchise de 90 jours.**

Si l'assuré ne remplit pas au jour de la signature de l'adhésion ou à la date du certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique les conditions nécessaires pour être couvert par la garantie Perte d'Emploi, il bénéficie de l'incapacité temporaire totale de travail améliorée (ITAM) sous réserve de remplir les conditions relatives à l'ITT. Dans ce cas, son indemnisation débute dès le 31ème jour d'incapacité de travail dès lors qu'il aura atteint 90 jours consécutifs d'arrêt de travail.

7.1.2. Montant pris en charge :

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'ITT par l'assureur, celui-ci verse dès la fin du délai de [☞] franchise, le forfait mensuel dont le montant est défini dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique. Les versements suivants interviennent une fois par mois, de date à date, sous réserve que l'incapacité soit ininterrompue et toujours en cours à la date du règlement et sur présentation de l'ensemble des justificatifs.

(Exemple : si le premier règlement intervient le 15 d'un mois, les règlements suivants seront versés le 15 des mois suivants).

Lorsque l'assuré a bénéficié d'une période d'indemnisation, une nouvelle prise en charge est possible au titre d'une nouvelle ITT après une reprise d'activité professionnelle rémunérée d'au moins 9 mois consécutifs. Toutefois, en cas de reprise d'activité inférieure à 60 jours interrompant une période de prise en charge, celle-ci peut reprendre si l'assuré est de nouveau reconnu en ITT, pour la durée d'indemnisation restant due.

7.1.3. Cessation des prestations ITT :

Les prestations prennent fin à l'égard de chaque assuré :

- à l'échéance principale qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré,
- au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de préretraite de la sécurité sociale pour les salariés,
- au jour de la reprise d'activité professionnelle rémunérée, même à temps partiel,
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les attestations de paiement des prestations en espèce de la sécurité sociale quelle qu'en soit la cause,
- lorsqu'il bénéficie de prestations attestant d'une incapacité partielle, notamment mi-temps thérapeutique,
- en cas d'épuisement des droits à prestations, selon l'article 8,
- en cas de [☞] consolidation de l'état de santé.

7.2. Perte d'Emploi

7.2.1. Définition du risque garanti :

La perte d'emploi suppose un licenciement, c'est-à-dire une rupture de contrat de travail à durée indéterminée à l'initiative de l'employeur et imputable à celui-ci, faisant l'objet pendant plus de 90 jours consécutifs, de perception de l'une des allocations chômage prévues aux articles L 5422-1 et suivants du Code du travail, ou d'une indemnité au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux.

Une perte d'emploi n'est pas couverte si elle est consécutive à un licenciement notifié au salarié au cours du ☞ délai de carence de 180 jours.

7.2.2. Montant pris en charge :

L'indemnisation débute après une période appelée délai de ☞ franchise de 90 jours consécutifs à partir de la date de prise en charge par le Pôle Emploi (ou prestation équivalente versée aux salariés du secteur public).

L'assureur verse un forfait mensuel dont le montant est défini dans le bulletin d'adhésion ou dans le certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique.

Les versements suivants interviennent une fois par mois de date à date, sous réserve que la perte d'emploi soit ininterrompue et toujours en cours à la date du règlement et sur présentation de l'ensemble des justificatifs.

(Exemple : si le premier règlement intervient le 15 d'un mois, les règlements suivants seront versés le 15 des mois suivants).

Toutefois, en cas de reprise d'une activité inférieure à 60 jours, interrompant une période de prise en charge, l'indemnisation peut reprendre sans application d'un nouveau délai de ☞ franchise, pour la durée d'indemnisation restant due, dès l'obtention d'un mois complet de justificatifs.

Une nouvelle indemnisation au titre de la perte d'emploi peut être prévue à l'issue d'une reprise d'activité salariée d'au moins 9 mois consécutifs, sous contrat à durée indéterminée auprès d'un même employeur.

7.2.3. Cessation des prestations Perte d'Emploi :

Les prestations prennent fin à l'égard de chaque assuré :

- à l'échéance principale qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- au jour de la liquidation de la pension de retraite ou de préretraite de la sécurité sociale pour les salariés,
- en cas de cessation de paiement des allocations chômage,
- au jour de la reprise partielle ou totale d'une activité professionnelle,
- en cas d'épuisement des droits à prestations, selon l'article 8.

8 - DUREE DE L'INDEMNISATION

La durée de l'indemnisation ne peut dépasser 6 mois, quelle que soit l'option retenue sur la demande d'adhésion et reprise dans le certificat de garantie.

Dans tous les cas, il ne peut y avoir, pour un seul et même assuré, cumul concomitant des prestations Incapacité Temporaire Totale de Travail et Perte d'Emploi versées par l'assureur au titre du présent contrat.

9 - RISQUES EXCLUS

9.1. Au titre de l'ensemble des garanties

Sont exclues les conséquences résultant des événements suivants :

- **risque de guerre civile ou non, à savoir tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou étranger dans lequel la France est partie belligérante ou non; sous réserve de la législation française particulière à intervenir en période de guerre ;**
- **modification de la structure du noyau atomique, radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;**
- **participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, ou à des événements tels que : grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense et/ou assistance à personne en danger ; participation à tout acte criminel ou illégal ; participation à pari, défi, duel;**
- **des risques aériens spéciaux provenant des compétitions, démonstrations, acrobaties, essais sur prototypes, tentatives de record, sauts avec parachutes non homologués, vol sur aile volante, U.L.M..**

9.2. Au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Tous les risques sont garantis à l'exclusion des sinistres ayant pour cause directe ou indirecte :

- **des affections suivantes antérieurement survenues à la date d'effet des garanties et connues de l'assuré au moment de l'adhésion :**

• **Hypertension artérielle et veineuse**

• **Diabète**

• **Asthme**

• **Tumeurs malignes ;**

- **des sinistres résultant de la conduite d'un véhicule alors que l'assuré est sous l'emprise d'un état alcoolique susceptible d'être sanctionné pénalement (articles L. 234-1 et R. 234-1 du Code de la route) ou a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants (article L. 235-1 du Code de la route) ;**

- **des sinistres survenus sous l'emprise d'un état alcoolique ;**

- **s'il est révélé que l'assuré a fait usage de drogues, de stupéfiants, d'anabolisants, de substances ou plantes classées comme stupéfiants selon la législation en vigueur, ainsi que les produits de substitution prescrits ou non médicalement ;**

- **des risques provenant de l'usage d'un véhicule terrestre à moteur encourus à l'occasion de compétition ou de rallye de vitesse ;**

- **des affections suivantes : maladie psychosomatique, dépression nerveuse, fatigue nerveuse, affection psychiatrique ou neuro-psychiatrique ;**

- **de la fibromyalgie ;**

- **des affections cervico-dorso-lombaires ;**
- **des ☞ accidents, blessures, maladies, mutilations, volontaires ou découlant de faits volontaires.**

9.3. Au titre de la garantie Perte d'Emploi

Sont exclues les périodes de chômage consécutives :

- **aux mises en retraite, préretraite ou départs volontaires dans le cadre des contrats de solidarité ;**

- **aux contrats de travail à durée déterminée (emplois temporaires, intérimaires, saisonniers) ;**

- **au chômage partiel ;**

- **au licenciement pour lequel l'assuré était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion ;**

- **au congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'assuré était prévenu au moment de l'adhésion ;**

- **au licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion ;**

- **à une démission ou à un départ négocié, même pris en charge par le Pôle Emploi ;**

- **à la rupture du contrat de travail durant la période d'essai ;**

- **à toute forme de cessation d'activité pour laquelle l'assuré est dispensé de rechercher un emploi ;**

- **aux licenciements atteignant un membre de la famille (conjoint, ascendant, descendant ou collatéral) lorsque ce dernier les emploie, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise ;**

- **aux licenciements pour faute grave ou lourde ;**

Par ailleurs, la perte d'emploi non indemnisée par le Pôle Emploi ou équivalent est également exclue du contrat.

10 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, les décisions prises par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme similaire, ne s'imposent pas à l'assureur.

Pour ne pas perdre son droit aux prestations, l'assuré doit fournir toute pièce justificative, répondre à tous questionnaires de l'assureur et se prêter, le cas échéant, à toute expertise ou toute vérification que l'assureur estime nécessaire. Sous réserve de la législation applicable au pays, l'assuré donne mandat à l'assureur en vue d'effectuer toute démarche auprès des autorités compétentes pour l'obtention des justificatifs afférents au sinistre. Une expertise est un examen demandé par l'assureur, réalisé par un médecin indépendant. L'assuré est tenu de fournir à l'expert tous les éléments que celui-ci estime nécessaire à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). L'assuré a la possibilité de se faire assister à cet examen, à ses frais, par un médecin de son choix.

Par ailleurs, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré, lequel s'engage par avance à les recevoir et à les informer loyalement de son état.

Sous peine de déchéance, l'assuré en incapacité de travail devra communiquer l'adresse où il peut être visité, et se tenir à disposition pour le contrôle aux heures de présence prévues par la Sécurité Sociale pour les salariés, ou aux heures demandées par le Contrôleur pour les autres.

11 – ARBITRAGE

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

12 - PRESCRIPTION

La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

Elle est régie par les règles ci-dessous, édictées par le Code des assurances, lesquelles ne peuvent être modifiées, même d'un commun accord, par les parties au contrat d'assurance.

Délai de prescription :

Aux termes de l'article L 114-1 du Code, « 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. ».

Causes d'interruption de la prescription :

Aux termes de l'article L 114-2 du Code, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes d'interruption ordinaire sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé
- tout acte d'exécution forcée
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré
- toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

13 - DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L 113-3 du Code des assurances. A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation d'assurance n'est pas réglée dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée, le contrat sera résilié de plein droit.

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré en situation d'impayés le paiement de l'intégralité de la cotisation restant due, à partir du premier impayé jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

14 - COTISATION

Le montant de la cotisation est exprimé en euros et comprend les frais et taxes. Il est calculé au tarif en vigueur à la date d'adhésion en fonction du niveau des garanties souscrites. Il figure sur le bulletin d'adhésion ou dans le certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique.

La cotisation est payable mensuellement par avance, par prélèvement automatique sur un compte bancaire dont l'assuré est titulaire.

Si la cotisation mensuelle n'atteint pas le montant minimum pour un prélèvement (4,79 € au 01/08/2014), le prélèvement est reporté au mois suivant jusqu'à atteindre le montant minimum pour un prélèvement. Les garanties sont acquises dès la prise d'effet du contrat même si la cotisation n'a pas été prélevée pour ce motif.

La cotisation est révisable annuellement. Sa révision ou celle des garanties s'impose à tous les assurés qui disposent de la faculté de résilier leur adhésion en cas de désaccord conformément à l'article 6. Modalités de notification des prélèvements : Lorsque vous optez pour le paiement par prélèvement, la notification des prélèvements afférents au contrat est effectuée par le biais des conditions particulières lors de la souscription et de l'avenant en cas de modification du contrat.

15 - FACULTE DE MODIFICATION DE LA GARANTIE

La possibilité pourra être offerte à l'assuré de modifier le montant de sa garantie. En cas de baisse des niveaux garantis, les nouvelles conditions seront appliquées immédiatement selon la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion. En cas de hausse des niveaux garantis, les anciennes conditions d'assurance seront appliquées pendant un délai de carence de 90 jours à compter de la date d'effet indiquée dans le nouveau certificat d'adhésion, passé ce délai, l'ensemble des nouvelles garanties sera appliqué. La nouvelle cotisation figurera dans le nouveau certificat d'adhésion.

16- RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment en adressant à l'assureur une lettre de résiliation recommandée avec accusé réception. La résiliation prendra effet à l'échéance qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur.

17 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

17.1. Formalités de déclaration

La demande doit se faire, dès connaissance du sinistre, par téléphone ou par courrier auprès de monabanq. qui vous remettra les formulaires de déclaration mentionnés. Les pièces suivantes sont à remettre à monabanq. pour la constitution du dossier, étant précisé que **l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré des justificatifs ou questionnaires complémentaires.**

17.2. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

- l'attestation médicale d'incapacité-invalidité,
- si l'assuré est assujéti à la Sécurité Sociale : l'attestation d'arrêt de travail ainsi que les décomptes d'indemnités journalières,
- si l'assuré n'est pas assujéti à la Sécurité Sociale : toute pièce justifiant de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée à la date du sinistre, un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant de l'assuré, précisant la nature de la maladie ou de l'accident, sa durée probable et l'impossibilité totale de travail qui en résulte pendant cette période ; ce certificat doit être renouvelé au moins tous les 60 jours, ou tout document émanant d'un organisme obligatoire et portant sur l'incapacité totale.

17.3. En cas de Perte d'Emploi

- copie du contrat de travail en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion ou à la date du certificat de garantie en cas de souscription par voie téléphonique (si l'employeur est différent à la date d'adhésion de celui à la date du sinistre),
- copie du contrat de travail en cours au jour du sinistre,
- copie de la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi,
- décomptes d'allocations du Pôle Emploi, ou les décomptes d'allocations versées au titre de la GSC ou de l'APPI pour les mandataires sociaux,
- copie de la lettre de licenciement.

18 - DELAI DE DECLARATION

L'arrêt de travail ou la perte d'emploi doivent être déclarés par l'assuré dans les 180 jours suivant la survenance du sinistre, accompagné des pièces justificatives énoncées à l'article 17. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail ou de la perte d'emploi, les pièces justificatives doivent être adressées à l'assureur, dans un délai maximum de 15 jours.

19 - DROIT ET LANGUE APPLICABLES

Le contrat est soumis au Code des assurances français. La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, sous réserve, pour les risques situés en la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque et sous réserve de l'application, le cas échéant, des dispositions de droit local pour l'Alsace et la Moselle. Toute relation avec l'assuré se fait en langue française, ce qu'il accepte.

20 - INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

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

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

Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces informations pourront être utilisées par les entités de notre groupe, dont monabanq. et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants missionnés, sous réserve du respect du secret médical.

Afin de se conformer à ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition, notamment pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, aux informations vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier à votre assureur à l'adresse suivante : 63 Chemin A. PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

21 - A QUI S'ADRESSER EN CAS DE RECLAMATION ?

Réclamations :

En cas de difficulté dans l'application ou l'interprétation du contrat, consultez d'abord votre interlocuteur habituel. Si sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation au : Responsable des relations consommateurs - Sérénis Assurances - 34 rue du Wacken 67906 Strasbourg cedex 9. Une réponse vous sera apportée dans le plus bref délai, lequel ne saurait excéder deux mois, sauf circonstances exceptionnelles qui vous seraient alors exposées.

Médiation :

Dans l'éventualité d'une persistance de la difficulté ou du différend, les coordonnées du Médiateur pourront vous être communiquées sur simple demande auprès de votre interlocuteur habituel. Exerçant sa mission en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant l'assureur à un particulier et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Seuls les litiges concernant des particuliers sont de la compétence du Médiateur. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation sur le site de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr).