

Assureur :

SERENIS ASSURANCES SA, société anonyme au capital de 16.422.000 €, 350 838 686 RCS ROMANS – n° TVA FR13350838686 – siège social : 25 rue du Docteur Henri Abel 26000 VALENCE – Entreprise régie par le Code des assurances - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN Cedex.

Souscripteur :

Monabanq - Société Anonyme à Conseil d'Administration au capital de 7 500 000 € - Siège social : 61 avenue Halley, Parc de la Haute Borne, 59650 Villeneuve d'Ascq - RCS Lille 341 792 448 - Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 028 164 (consultable sur le site www.orias.fr), détenu indirectement à plus de 10 % par la Banque Fédérative du Crédit Mutuel, société mère du Groupe des Assurances du Crédit Mutuel.

**DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE
CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION**

1. Modalités d'adhésion

Le contrat est conclu par échange de consentement oral, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance.

Après l'adhésion 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 courrier valant certificat d'adhésion 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'assuré, 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.

INFORMATION PRECONTRACTUELLE DANS LE CADRE DE LA VENTE A DISTANCE

Les présentes conditions générales valent également note d'information à caractère commercial dans le cadre de la vente à distance.

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).

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

Quelques définitions :

Adhérent / Assuré :

Personne physique désignée sur la demande d'adhésion ou le certificat d'adhésion en cas de souscription par voie téléphonique, qui adhère au contrat Groupe, paie les cotisations et sur laquelle reposent les garanties. Cette personne peut être titulaire d'un compte de dépôt chez monabanq. En présence d'un compte joint, les 2 titulaires adhèrent au contrat Groupe. Elle(s) est(sont) désignée(s) ci-après sous le terme général d'« assuré ».

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 imprévisibles, 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).

Décès accidentel :

Il s'agit de la mort accidentelle de l'assuré donnant lieu à l'établissement d'un acte de décès ou d'une décision judiciaire de disparition. La mort clinique n'est pas assimilée au décès. Le décès doit intervenir dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de l'accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle :

L'assuré présentant une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est défini comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive suite à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, se déplacer, se nourrir, s'habiller).

Consolidation :

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère définitif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Il s'agit du stade auquel les lésions ou affections dont l'assuré est atteint ne sont plus susceptibles d'évoluer, en l'état des connaissances médicales de l'époque. La consolidation fait l'objet d'un constat médical.

Conjoint :

- la personne mariée à l'assuré non séparée de corps
- la personne signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) avec l'assuré
- le concubin notoire, libre de tout lien conjugal ou de PACS avec l'assuré et vivant sous le même toit que l'assuré.

1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir le versement d'un capital et d'un forfait mensuel en cas de décès accidentel de l'assuré ou de sa perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident. Ce contrat prévoit également des prestations d'assistance.

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 70ème 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 75ème 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.

L'assuré est admissible au contrat d'assurance et pourra bénéficier de des garanties Décès accidentel et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident et des prestations d'assistance si, au jour de l'adhésion, il réunit les conditions suivantes :

- être majeur et âgé de moins de 70 ans,
- avoir sa résidence principale et fiscale en France Métropolitaine.

4 - TERRITORIALITE

Tout changement de résidence principale et fiscale en dehors de la France Métropolitaine devra être notifié à l'assureur car il entraînera la fin des garanties à la date anniversaire suivant le changement. Les garanties d'assurance s'exercent dans le monde entier dès lors que le séjour est inférieur à 3 mois. Tout séjour d'une durée supérieure à 3 mois doit être notifié à l'assureur.

Dans tous les cas, le paiement des prestations s'effectuera en France et en euros.

5 - BENEFICIAIRE DU CONTRAT

5.1 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident, le bénéficiaire est l'assuré.

En cas de décès accidentel de l'assuré, le(s) bénéficiaire(s) des prestations, en l'absence de désignation particulière sur le bulletin d'adhésion, est le conjoint (marié non séparé de corps, ou son partenaire lié par un PACS ou son concubin notoire), à défaut, par parts égales ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés et, à défaut, par parts égales, ses héritiers.

En l'absence de bénéficiaire acceptant, l'assuré peut modifier à tout moment la désignation de bénéficiaire, en avisant par écrit l'assureur par lettre recommandée.

5.2 - Quelles sont les modalités de désignation des bénéficiaires ?

L'assuré désigne le ou les bénéficiaire(s) du contrat dans la demande d'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'assuré peut désigner nommément un bénéficiaire et porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré. L'assuré peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

A défaut de désignation valable au jour du décès, ou de bénéficiaire désigné pour tout ou partie du capital constitué, celui-ci sera versé aux héritiers de l'assuré. Le bénéficiaire en cas de décès nommément désigné a la faculté d'accepter la désignation. Tant que l'assuré est en vie, l'acceptation doit prendre la forme soit d'un avenant, soit d'un acte sous seing privé ou acte authentique signé de l'assuré et du bénéficiaire et notifié à l'assureur. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que l'acceptation de la désignation de bénéficiaire le prive, sauf accord du bénéficiaire, de ses droits sur le contrat : modification du bénéficiaire, nantissement, etc.

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

L'adhésion prend effet à partir de la date d'enregistrement de la demande d'adhésion confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation et conformément à la réglementation sur la vente à distance de services figurant à l'article 7. 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. Les garanties prennent effet à compter de la date d'effet de l'adhésion.

7 - DROIT DE RENONCIATION

7.1. Faculté de renonciation

Conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances, « 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 ou par envoi recommandé électronique 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 par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique 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.

Dans tous les cas, et quel que soit le mode de commercialisation, l'assureur étend contractuellement ce délai à 30 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

En cas de renonciation, l'Assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de renonciation. Le cas échéant, l'assureur procède au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de la demande effectuée en ligne.

7.2. 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'assuré) déclare renoncer au contrat d'assurance n° (n° imprimé) auquel j'ai adhéré 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.

8 - 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 14 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 19,
- à l'échéance principale qui suit le 75ème anniversaire de l'assuré pour le risque Décès accidentel,
- à l'échéance principale qui suit le 65ème anniversaire de l'assuré pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie suite à accident ou à la liquidation de la retraite si celle-ci intervient avant 65 ans, y compris le service des prestations résultant d'une prise en charge de ce risque antérieurement à cette date, sauf cas de mise à la retraite pour inaptitude.
- au décès de l'assuré,
- en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle à la souscription ou en cours de contrat, notamment dans la déclaration de sinistre.

9 - DEFINITION DES GARANTIES

9.1. Décès accidentel

En cas de décès de l'assuré directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel, dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion.

Le capital est versé dans les 5 jours à réception du dossier complet de déclaration de sinistre par l'assureur, dès lors que le(s) bénéficiaire(s) en fait (font) la demande expresse.

Le versement du premier forfait mensuel intervient le mois suivant le versement du capital.

En présence de bénéficiaires multiples au moment du sinistre, le montant global des prestations garanties est réparti par parts égales, entre les bénéficiaires.

Pour donner lieu à indemnisation, le décès doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

Lorsque le décès résulte du fait intentionnel d'un bénéficiaire, la prestation prévue en cas de décès sera payée aux autres bénéficiaires désignés.

9.2. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie directement imputable à un accident garanti, l'assureur verse un capital ainsi qu'un forfait mensuel dont les montants et la durée sont définis dans le bulletin d'adhésion.

L'état d'invalidité sera apprécié par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

Cependant, sera automatiquement considéré en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3ème catégorie. Pour donner lieu à indemnisation, l'état d'invalidité doit intervenir dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

En cas de survenance d'un sinistre hors de France Métropolitaine, c'est la date de la première constatation médicale de l'état de santé en France qui sert de départ à la garantie.

10 - DUREE DE L'INDEMNISATION

La durée de l'indemnisation du forfait mensuel ne peut dépasser 12 mois, quelle que soit l'option retenue sur la demande d'adhésion et reprise dans le certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, il ne peut y avoir, pour un seul et même accident, cumul des prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Décès versées par l'assureur au titre du présent contrat.

11 - RISQUES EXCLUS

11.1. 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;**
- **pratique par l'assuré d'un sport exercé à titre professionnel dans le cadre d'une compétition ou d'un entraînement ;**
- **le suicide de l'assuré ou tentative de suicide ;**
- **les accidents qui sont le fait volontaire ou intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire.**
- **de maladie n'ayant pas pour origine un accident garanti ;**
- **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) ;**
- **de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;**
- **en cas d'accident survenu 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 ;**
- **d'accidents médicaux ou d'infections nosocomiales ;**
- **d'expérimentations biomédicales ;**
- **d'un acte à caractère médical dont la finalité est uniquement d'ordre esthétique ;**
- **d'un accident dont la date de survenance est antérieure à l'adhésion.**

12 – OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE

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 ...)

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 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie 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.

13 - CONTROLE MEDICAL

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à tout moment à toute expertise ou examen que l'assureur estime nécessaire. 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 nécessaires à l'accomplissement de sa mission (compte rendu d'hospitalisation, de consultation, radiographies, examens biologiques ...). **L'indemnisation est suspendue dès lors qu'une expertise médicale est demandée. A réception du rapport de celle-ci, le Médecin Conseil statuera sur la prise en charge ou non. L'assuré en sera informé par courrier.**

14 - 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.

15 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

15.1. 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 des justificatifs ou questionnaires complémentaires :**

15.2. Dans tous les cas, dans les 3 mois suivant la survenance de l'accident

- l'original ou la copie du bulletin d'adhésion ou du certificat d'adhésion ou du dernier avenant,
- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, constat amiable, coupure de journaux, ...
- un certificat médical mentionnant les conséquences du dommage corporel subi (perte totale et irréversible d'autonomie, décès),
- les coordonnées du tiers responsable et de son assureur,
- s'il s'agit d'un accident de circulation dans lequel l'assuré était conducteur, un certificat médical précisant si l'assuré a subi un test d'alcoolémie et, dans l'affirmative, le résultat de ce test.

15.3. Dans les 3 mois suivant la survenance du décès

- le questionnaire médical qui sera fourni par Monabanq, à remplir par le Médecin Traitant ou par le Médecin ayant constaté le décès,
- un acte de décès,
- un acte de notoriété, si nécessaire,
- un relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s)
- toute pièce de nature à justifier le droit du (des) bénéficiaire(s).

15.4. Dans les 3 mois suivant la perte totale et irréversible d'autonomie

- l'attestation médicale d'invalidité qui sera fournie par Monabanq, à remplir par le Médecin Traitant,
- la notification de mise en invalidité 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés et pour les non assujettis, toutes pièces attestant l'invalidité émanant d'un organisme compétent.

16 - 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.

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

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 8.

Elle peut être révisée également dans les cas suivants :

- En cas d'augmentation des taxes en vigueur ou de création d'une nouvelle taxe : l'augmentation ou l'intégration de la nouvelle taxe dans la cotisation peut être immédiatement répercutée par l'assureur sur le montant de la cotisation.
- En considération de l'évolution globale des risques du portefeuille (sinistralité, équilibre technique du portefeuille, évolution de la législation ou réglementation). L'assuré sera informé de l'augmentation au moins 3 mois avant qu'elle ne prenne effet. L'augmentation résultera de la prise en compte de l'équilibre global du portefeuille et en aucune manière de la prise en compte de la situation individuelle d'un assuré.

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.

17 - 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 d'attente 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.

18 - 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, ou un envoi recommandé électronique, avec accusé réception. La résiliation prendra effet à l'échéance qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur.

19 - DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L141-3 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.

20 - 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 :

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis et fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'emprunteur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'emprunteur à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes d'interruption ordinaires 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'emprunteur
- toute reconnaissance de dette de l'emprunteur envers l'assureur
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

La prescription peut être aussi suspendue. La suspension de la prescription en arrête temporairement le cours sans effacer le délai déjà acquis, les causes de suspension étant régies par les articles 2233 à 2239 du Code civil.

INFORMATIONS LEGALES

Droit et langue applicables : La loi applicable aux relations précontractuelles et au contrat est la loi française, y compris les dispositions impératives applicables aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et sous réserve, pour les risques situés dans la Principauté de Monaco, des dispositions impératives de la loi monégasque. Toute relation avec l'assuré se fait en langue française, ce que ce dernier accepte expressément.

Toutes les références à des dispositions législatives ou réglementaires contenues dans le présent document ou dans les documents auxquels il renvoie concernent des textes en vigueur au moment de leur rédaction. Dans l'hypothèse où les références de ces textes auraient été modifiées au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, les Parties conviennent qu'elles seront remplacées par celles des nouveaux textes de même contenu venant en substitution.

Autorité de contrôle : L'autorité de contrôle de SERENIS ASSURANCES SA et MONABANQ est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Vos données personnelles

1. Le traitement de vos données personnelles

1.1. Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?

La collecte et le traitement de vos données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou, le cas échéant, de la lutte contre l'évasion fiscale ou la gestion des contrats d'assurance vie non réclamés.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes, notamment à des fins de prospection commerciale et de démarchage, pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles et pour lutter contre la fraude à l'assurance. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés. Il est précisé aussi qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans.

Enfin, vos données peuvent être utilisées, avec votre accord, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires.

1.2. A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat et de la délivrance des prestations et du respect d'obligations légales ou réglementaires.

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités de notre groupe et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation.

Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition des entités de notre groupe, ainsi qu'à nos sous-traitants, à des distributeurs externes et partenaires commerciaux en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

1.3. Quelles précautions prenons-nous pour traiter vos données de santé ?

Les données de santé sont traitées par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Elles font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4. Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données seront conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions découlant directement ou indirectement de l'adhésion. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

2. Les droits dont vous disposez

2.1. De quels droits disposez-vous ?

Vous disposez, s'agissant de vos données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité. Vous pouvez en outre vous opposer, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale.

2.2. Comment pouvez-vous les faire valoir ?

Pour l'exercice de vos droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

2.3. En cas de difficulté

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser votre réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Communication d'informations par voie électronique

Si l'Assuré a communiqué à son interlocuteur habituel une adresse de messagerie électronique ayant fait l'objet d'une vérification préalable par celui-ci, l'assureur utilisera cette adresse pour la poursuite des relations avec l'emprunteur afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'emprunteur dispose du droit de s'opposer, à tout moment, par tout moyen et sans frais, à l'utilisation d'un support durable autre que le papier et peut demander qu'un support papier soit utilisé de façon exclusive pour la poursuite de ses relations avec l'assureur.

Liste d'opposition au démarchage téléphonique : Vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste nationale d'opposition au démarchage téléphonique. Cette inscription entraînera l'interdiction pour tout professionnel et tout intermédiaire agissant pour son compte, de vous démarcher téléphoniquement, sauf en cas de relations contractuelles préexistantes. En votre qualité de client, cette inscription ne fera pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques pour vous présenter une offre ou une nouveauté sur nos produits ou services.

Réclamation : 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 – SERENIS ASSURANCE SA – 4, rue Frédéric Guillaume Raiffeisen 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.

Information relative au règlement en ligne des litiges :

Si votre contrat a été souscrit en ligne, la Commission Européenne a mis en place une plateforme européenne de RLL (Règlement en Ligne des Litiges) facilitant le règlement indépendant par voie extrajudiciaire des litiges en ligne entre consommateurs et professionnels.

Vous pouvez accéder à cette plateforme à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

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 de l'Assurance sur le site de l'association « la Médiation de l'Assurance ». Vous pouvez présenter votre réclamation à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.