

NOTICE D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE – INDEMNI +
Valant informations contractuelles et précontractuelles
Extrait des conditions générales du contrat d'assurance de groupe
Souscrit par MONABANQ auprès de SERENIS ASSURANCES SA
(Réf. 16.36.32 –07/2021)

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 19 500 000 € - Siège social : Parc de la Haute Borne, 61 avenue Halley, 59866 Villeneuve d'Ascq Cedex – RCS LILLE Métropole 341 792 448 – Intermédiaire d'assurance enregistré auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances sous le numéro 07 023 493 (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, 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.

QUELQUES DEFINITIONS :

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 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 l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré incombe au(x) bénéficiaire(s).

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 59^{ème} 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 65^{ème} 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) supérieure 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 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 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

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 primes 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.

5.2. Modalités de renonciation

Afin de renoncer au contrat, il convient de nous transmettre, à l'adresse figurant sur les Conditions Particulières ou votre dernier

avis d'échéance, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception suivant 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 par voie téléphonique le , date et signature de l'assuré». 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 65^{ème} 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) supérieure 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 65^{ème} 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 d'adhésion 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 31^{ème} 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 d'adhésion 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 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,
- 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 d'adhésion 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 à l'adhésion et reprise dans le certificat d'adhésion. **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 l'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 :

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.

13 - DEFAUT DE PAIEMENT

En cas de défaut de paiement de la cotisation, l'assureur appliquera les dispositions prévues par l'article L 141-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adressera à l'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 - COTISATIONS

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 d'adhésion 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.

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.

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 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

16.1. 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.**

16.2. 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,

16.3. 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 d'adhésion 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,

17 - 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 16. Passé ce délai, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de déclaration.

18 - RESILIATION DE L'ASSURANCE PAR L'ASSURE

L'assuré peut mettre fin à son adhésion à tout moment par lettre ou tout autre support durable ; par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ; par acte extrajudiciaire ; lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. L'assureur confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet à l'échéance mensuelle qui suit la date de réception de cette lettre par l'assureur.

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.

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.

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent, s'agissant essentiellement de vos indemnités journalières, émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

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. Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention. Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Elles peuvent aussi être utilisées 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.

1.2 A qui vos données peuvent-elles être transmises ?

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

Les données traitées dans le cadre des dispositifs internationaux de lutte contre l'évasion fiscale sont transmises à l'administration fiscale française, laquelle se charge et maîtrise la communication des données aux autorités étrangères compétentes.

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 ?

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

1.4 Combien de temps vos données seront-elles conservées ?

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 2 ans. 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

2.1 Nature des droits

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

2.2 Exercice des droits

Pour l'exercice des 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 difficultés

En cas de difficulté relative au traitement de ses informations personnelles, la personne concernée peut adresser sa réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, elle peut porter sa 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'Assuré afin de lui adresser certaines informations ou documents relatifs à son contrat. L'Assuré 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 ASSURANCES SA - 4, rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 67906 Strasbourg cedex 9. Nous nous engageons à en accuser réception dans un délai maximum de dix jours ouvrables. 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.