

KOREGE Solution Famille

Notice d'Information du
contrat d'assurance collective
n°004/800/369

Octobre 2025

Sommaire

1. Préambule	3	7.5. Comment déclarer un changement de situation ?	17
2. Définitions	4	7.6. La cessation des garanties	17
3. Objet du contrat	6	7.7. La renonciation	18
3.1. Les garanties principales (Décès/PTIA)	6	7.8. La résiliation	18
3.2. Les options du contrat	7	8. Le sinistre	19
4. Qui peut adhérer au contrat ?	9	8.1. Comment déclarer un sinistre ?	19
5. Quelles sont les exclusions du contrat ?	10	8.2. Paiement du capital garanti	21
6. L'adhésion au contrat	12	8.3. La procédure de contrôle médical	21
6.1. La prise d'effet du contrat	12	9. Informations générales	23
6.2. La garantie accidentelle provisoire : ...	13	9.1. Procédure de réclamation et de médiation	23
6.3. La désignation du bénéficiaire en cas de décès	13	9.2. Le délai de prescription	23
6.4. Le montant des cotisations	14	9.3. La responsabilité fiscale	24
6.5. Le paiement des cotisations	15	9.4. Attribution de compétence	24
7. La vie du contrat	16	9.5. Les données personnelles	24
7.1. Comment faire évoluer son contrat ?	16	9.6. Les dispositions spécifiques applicables en cas de commercialisation à distance	25
7.2. Augmentation de garantie	16	10. Annexe : évolution maximale du tarif selon l'âge de l'Assuré	27
7.3. Augmentation de garantie liée à des événements de la vie	16		
7.4. Diminution de garantie	17		

1. Préambule

CCF (« La Banque ») a souscrit auprès de KOREGE (« l'Assureur ») le contrat d'assurance de groupe KOREGE Solution Famille en vue d'y faire adhérer les personnes physiques titulaires d'un compte courant ouvert auprès de la Banque.

La Banque dont l'objet social est principalement d'effectuer des opérations de banque, propose, en sa qualité d'intermédiaire en assurance immatriculée auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance www.orias.fr) à ses clients, de souscrire au contrat KOREGE Solution Famille selon les modalités exposées ci-dessous.

KOREGE, entreprise régie par le Code des assurances, est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – Secteur Assurances - 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09. Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de l'entreprise prévu à l'article L.355-5 du Code des assurances est disponible sur le site internet www.korege.fr.

Les adhésions au contrat sont possibles tant que le contrat d'assurance collective est en vigueur entre la Banque et l'Assureur. En cas de résiliation du contrat d'assurance collective, les adhésions nouvelles ne seront plus possibles mais toutes les adhésions en cours à la date de la résiliation continueront à bénéficier des dispositions du présent contrat.

Ce contrat est régi par la loi française et par le Code des assurances.

Les garanties assurées par le contrat relèvent de la branche 20 (Vie-Décès) de l'article R 321-1 du Code des assurances.

Cette Notice d'information vous présente les droits et obligations nés de votre adhésion ainsi que les engagements pris par l'Assureur à l'égard de l'Assuré.

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, la Banque et l'Assureur se réservent le droit d'apporter, en cours d'adhésion, des modifications aux droits et obligations des Assurés qui seront informés par écrit trois mois au minimum avant leur entrée en vigueur. Pour le cas où l'Assuré n'accepterait pas ces modifications, il dispose de la faculté de dénoncer son adhésion par l'exercice de son droit de résiliation. Le Code des assurances prévoit l'existence d'un fonds de garantie auquel adhèrent les entreprises d'assurances agréées en France et destiné à préserver les droits de leurs assurés, et des souscripteurs, Assurés et Bénéficiaires de leurs contrats d'assurance-vie ou de capitalisation (art. L423-1).

La gestion administrative de ce contrat est assurée par Kereis France - SAS au capital de 2000000€ - RCS de Nantes n° 863 800 868 - APE 6622Z - 3 rue Victor Schoelcher bâtiments E et F - 44800 Saint Herblain - agissant en tant que courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS (Organisme des intermédiaires en assurance - www.orias.fr) sous le numéro 07 009 030.

2. Définitions

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

On entend par décès accidentel et PTIA accidentelle le décès et la PTIA consécutifs à un Accident qui entraîne soit la mort immédiatement ou dans les 6 mois suivants sa survenance, soit la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnue médicalement dans les 24 mois suivant sa survenance.

Toutefois, ne sont pas considérés comme Accidents, les insulations, les empoisonnements (sauf s'il s'agit d'absorption par suite d'une erreur dûment établie d'une substance vénéneuse ou corrosive), les lésions causées par les rayons X, les infarctus, les pathologies soudaines, les épidémies et les pandémies, les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que le suicide ou la tentative de suicide.

Assuré :

Personne physique qui souscrit au contrat et qui s'engage à payer les primes et sur la tête de laquelle repose le risque. L'Adhérent et l'Assuré sont obligatoirement la même personne physique.

Age de l'Assuré à l'adhésion (calcul) :

L'âge de l'Assuré se calcule par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et celui de l'année de naissance de l'Assuré, quel que soit le mois de naissance de l'Assuré.

Bénéficiaire :

Personne physique ou morale désignée par l'Assuré qui recevra le capital garanti en cas de Décès de celui-ci. En cas de Perte Totale ou Irréversible d'Autonomie ou d'Incapacité résultant d'une « Maladie Grave », le Bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

Date de consolidation :

Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est stabilisé de sorte que les conséquences de sa maladie deviennent permanentes et sont présumées définitives.

Délai de carence :

Période suivant la date d'effet de l'option « Maladie Grave », pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti en cas de Sinistre. Si l'Incapacité Temporaire Totale de travail résultant d'une Maladie Grave survient durant cette période ou si le diagnostic de la Maladie Grave est établi pendant cette même période, aucune prestation ne sera versée au titre de l'option Maladie Grave, même après l'expiration de cette période.

CTOM :

Les Collectivités Territoriales d'Outre-Mer (CTOM) regroupent la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, la Réunion, Mayotte, la Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, les Îles Wallis et Futuna, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) :

L'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il se trouve suite à un Accident ou une maladie, dans un état médicalement constaté qui le place dans l'impossibilité provisoire et complète d'exercer une quelconque profession.

L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre peut être considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail s'il est dans l'impossibilité provisoire et complète, médicalement constatée, d'exercer ses Occupations de la vie quotidienne.

Maladie Grave :

Dans le cadre de ce contrat, sont garantis au titre de l'option « Maladie Grave », le Cancer, l'Infarctus du Myocarde et l'Accident Vasculaire Cérébral avec séquelles, entraînant une Incapacité Temporaire Totale de travail, dans les conditions définies ci-dessus.

Non-Fumeur :

Est considéré comme non-fumeur au sens du présent contrat l'Assuré qui déclare ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris cigarettes électroniques), cigares ou pipes, au cours des 24 derniers mois précédant l'adhésion au contrat, même occasionnellement. Si l'Assuré a arrêté de fumer il y a plus de 24 mois, cet arrêt ne doit pas avoir été motivé par la demande expresse du corps médical pour être considéré comme non-fumeur.

Occupations de la vie quotidienne :

Les Occupations de la vie quotidienne sont les activités que les individus réalisent régulièrement pour gérer leur vie quotidienne. Ces activités peuvent inclure des tâches personnelles comme se laver, s'habiller, manger, ainsi que des activités domestiques telles que cuisiner, nettoyer et faire les courses.

Tous les termes définis dans le Lexique et/ou dans les parties prenantes au contrat commencent par une majuscule lorsqu'ils sont repris dans la présente Notice.

Dans la Notice d'information, nous attirons votre attention sur les points importants à l'aide des illustrations suivantes :



Ce que vous devez faire



Informations
complémentaires pour vous
aider



Regardez attentivement



Les choses que vous devez
faire et qui sont soumises à
des contraintes de temps



Soyez sensibilisé.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'il est absolument incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit et lorsqu'il doit recourir à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins trois actes ordinaires de la vie courante tels qu'ils sont définis à l'article D434-2 II du Code de la sécurité sociale

Sinistre :

Événement prévu par le contrat d'assurance, dont la survenance entraîne la mise en œuvre de la garantie.

Territoires :

Les lieux où s'exercent les garanties sont la France métropolitaine, les Collectivités Territoriales d'Outre-Mer, la Nouvelle-Calédonie, les Terres australes et antarctiques françaises, l'Île de Clipperton, les principautés d'Andorre et Monaco, les pays membres de l'Union-Européenne, le Royaume-Uni, la Suisse, l'Islande, le Liechtenstein, San Marin, le Vatican et la Norvège.

3. Objet du contrat

KOREGE Solution Famille a pour objet de garantir, moyennant le versement de cotisations, le paiement d'un capital en cas de Décès ou en cas de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré. Toutefois, après 67 ans, l'objet du contrat consiste uniquement en une garantie en cas de Décès.

En complément de ces garanties, l'Assuré a la faculté de souscrire :

- ◆ l'option « Doublement du capital en cas d'Accident », qui entraîne le paiement d'un capital Décès/PTIA doublé en cas d'Accident,
- ◆ l'option « Maladie Grave » qui garantit à l'assuré le versement anticipé de 10 % du capital Décès dans la limite de 100.000 euros maximum en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave, dans les conditions définies à l'article 3.2.

Une garantie accidentelle provisoire en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutifs à un Accident est accordée dès la signature de la demande d'adhésion **sous réserve des exclusions indiquées à l'article 5**. Elle correspond au montant choisi par l'Assuré sur la demande d'adhésion (hors option « Doublement du capital en cas d'Accident ») dans la limite de 300 000 euros maximum.



L'Assuré choisit le montant du capital garanti sur la demande d'adhésion. Toute modification ultérieure du montant du capital garanti se fait conformément aux dispositions de l'article 7 du présent contrat.

Les garanties s'exercent en France métropolitaine, dans les Collectivités Territoriales d'Outre-Mer (CTOM), en Nouvelle-Calédonie, dans les Terres australes et antarctiques françaises, dans l'Île de Clipperton, dans les principautés d'Andorre et Monaco, dans les pays membres de l'Union Européenne, au Royaume-Uni, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège.

Lors de voyages et séjours qui n'excèdent pas une durée continue de TROIS MOIS, les garanties s'exercent dans le reste du monde.

3.1. Les garanties principales (Décès/PTIA)

La survenance du Décès ou la reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré, **entre le jour de la prise d'effet de l'adhésion et sa cessation**, met en jeu les garanties du contrat, **sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 5**.

- ◆ En cas de **Décès** de l'Assuré, le montant du capital garanti par le contrat au jour du décès est versé au Bénéficiaire.
- ◆ En cas de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** de l'Assuré, l'Assureur versera en une seule fois à l'Assuré le montant du capital garanti en vigueur au moment de la reconnaissance de cet état.

En cas de Décès ou PTIA survenu(e) après la mise en jeu de l'option « Maladie Grave », le capital Décès/PTIA initial sera diminué du montant versé au titre de l'option.

3.2. Les options du contrat

L'option « doublement du capital en cas d'Accident »

Si l'Assuré a souscrit l'option « Doublement du capital en cas d'Accident » :

- ◆ si le Décès de l'Assuré résulte directement d'un Accident, tel que défini au présent contrat, il est versé au Bénéficiaire désigné le double du capital garanti par le contrat,
- ◆ si l'état de PTIA résulte directement d'un Accident tel que défini au présent contrat, il est versé à l'Assuré le double du capital garanti par le contrat,
- ◆ si le Décès ou la PTIA résulte d'un Accident survenu après la mise en jeu de l'option « Maladie Grave », le capital Accident sera calculé sur la base du capital Décès/PTIA choisi par l'Assuré lors de son adhésion, diminué du montant versé au titre de l'option « Maladie Grave ».

L'option « Maladie Grave »

Objet de l'option :

Lorsqu'elle a été souscrite et acceptée par l'Assureur, l'option « Maladie Grave » garantit le versement anticipé de 10 % du capital Décès choisi, dans la limite de 100 000 euros, si l'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail résultant d'une « Maladie Grave » survenue après l'expiration du délai de carence, à cause d'une des maladies définies ci-dessous.

Les Maladies Graves garanties sont les suivantes, **sous réserve des exclusions mentionnées à l'article 5** :

- ◆ **Le cancer** : il s'agit de toute tumeur maligne caractérisée par une croissance et une extension incontrôlée des cellules malignes avec un envahissement du tissu normal. Le terme de cancer inclut : la leucémie, le lymphome malin y compris le lymphome cutané, la maladie de Hodgkin, les affections malignes de la moelle osseuse et les sarcomes.
- ◆ **L'infarctus du myocarde** : il s'agit de la mort cellulaire du muscle cardiaque consécutive à l'obstruction de la vascularisation coronaire.
- ◆ **L'accident vasculaire cérébral avec séquelles durables** : est défini comme la mort du tissu cérébral, consécutive à une vascularisation inadaptée ou à une hémorragie, provoquant l'ensemble des points suivants :
 - L'apparition de symptômes neurologiques nouveaux compatibles avec le diagnostic d'Accident vasculaire cérébral.
 - Des déficits neurologiques patents nouveaux, persistant à l'examen clinique de manière durable, **sur une période d'au moins 60 jours après le diagnostic.**
 - Des anomalies récentes apparues au scanner cérébral, ou bien à l'IRM si réalisée, compatible avec le diagnostic.

Souscription de l'option :

À tout moment, l'Assuré peut demander à souscrire l'option « Maladie Grave ». Toutefois, il ne peut souscrire qu'un seul contrat KOREGE Solution Famille avec cette option. Il s'agit d'une garantie accessoire au contrat KOREGE Solution Famille qui doit obligatoirement être souscrite en complément de la garantie Décès/PTIA. Le choix de cette option n'est possible que pour un Assuré ayant moins de 61 ans lors de l'adhésion. Si l'option est souscrite en cours de contrat, un questionnaire de santé devra être rempli. L'Assureur se réserve le droit de demander les examens complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier. Après analyse de tous ces éléments, l'Assureur acceptera ou non la couverture au titre de l'option « Maladie Grave ».

L'acceptation de l'option est formalisée par l'envoi du Certificat d'adhésion ou d'un avenant si l'option est choisie en cours de contrat. Le coût de l'option « Maladie Grave » sera ajouté à la cotisation correspondant aux autres garanties du contrat. Le montant de ces cotisations fera l'objet d'un prélèvement automatique global.

Un Délai de carence de 6 mois est appliqué à compter de la date d'effet indiquée sur le Certificat d'adhésion.



L'option « Maladie Grave » ne prendra effet qu'au terme de ce délai. Si l'Incapacité Temporaire Totale de travail résultant d'une Maladie Grave survient durant ce délai, ou si le diagnostic de la Maladie Grave est établi pendant ce délai, aucune prestation ne sera versée au titre de l'option Maladie Grave, même après l'expiration de ce délai. L'Assureur procédera à la résiliation de cette option et au remboursement de la part de la cotisation déjà payée au titre de cette option. L'Assuré restera couvert pour les seules garanties Décès et PTIA.

Prise d'effet de l'option :

L'option prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion ou l'avenant si l'option « Maladie Grave » est souscrite en cours de contrat.

Durée de l'option :

L'option « Maladie Grave » cesse :

- ◆ à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion suivant l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans,
- ◆ à la date du versement du capital de l'option « Maladie Grave »,
- ◆ à la demande de résiliation de l'option par l'Assuré conformément aux conditions définies ci-dessous,
- ◆ à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail survenue pendant le délai de carence.

Mise en jeu de l'option :



Si l'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à cause de sa maladie, l'Assureur verse par anticipation un montant correspondant à 10 % du capital Décès dans les conditions définies contractuellement.

Le capital anticipé est égal à 10% du capital Décès choisi par l'Assuré mais sera limité à 100 000 euros maximum.

La mise en jeu de l'option « Maladie Grave » n'est valable qu'une seule fois pendant toute la vie du contrat souscrit par l'Assuré. Le versement du capital donne lieu à la résiliation définitive de l'option « Maladie Grave ». Les cotisations relatives à la garantie décès/PTIA et à l'option « Doublement du capital en cas d'Accident » seront diminuées au prorata du capital décès restant après déduction du capital « Maladie Grave ».

Territorialité de l'option :

Si l'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à cause d'une Maladie Grave survenue hors des Territoires où s'exerce l'option, la reconnaissance de son état de santé ne pourra avoir lieu qu'après le retour de l'Assuré sur le territoire français auprès du corps médical.

Résiliation de l'option :

À tout moment, l'Assuré peut mettre fin à l'option « Maladie Grave » par courrier recommandé avec avis de réception adressé à KEREIS, gestionnaire du contrat à l'adresse suivante : KEREIS France - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9. La résiliation de l'option ne prend effet qu'au terme d'un délai de préavis d'un mois dont le point de départ est la date de réception de ce courrier.

La prise en compte de la résiliation de l'option est notifiée à l'Assuré par l'envoi d'un avenant.

4. Qui peut adhérer au contrat ?



Pour souscrire au contrat, il faut :

- ◆ avoir la capacité de contracter,
- ◆ être une personne physique âgée de 18 ans révolus et de moins de 71 ans l'année de l'adhésion,

Et

- ◆ avoir sa résidence principale en France (incluant la France métropolitaine, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte),
- ◆ ou dans l'un des Etats suivants : Allemagne, Autriche, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.
- ◆ Si la résidence principale se situe hors de France, l'adhérent doit être de nationalité française.

En complément, la garantie « PTIA » peut être souscrite uniquement par des assurés de moins de 67 ans. L'option « Maladie Grave » peut être souscrite par des assurés de moins de 61 ans.



5. Quelles sont les exclusions du contrat ?

Sont exclus de la garantie le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant :

- ◆ d'un acte intentionnel de l'Assuré, ou accompli avec sa complicité, dans un but d'attenter à son intégrité physique,
- ◆ du suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet du présent contrat. En cas d'augmentation de garantie en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, n'est couvert qu'à compter de la seconde année qui suit cette augmentation,
- ◆ d'un fait de guerre civile ou étrangère, une émeute, une insurrection, un mouvement populaire, un attentat, un acte de terrorisme, un délit ou rixe, sauf si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements ou en cas de légitime défense, ou en cas d'assistance à personne en danger, ou dans le cadre de la profession si celle-ci a été déclarée à l'assureur et acceptée par lui moyennant, le cas échéant, une tarification spéciale,
- ◆ de la pratique de tout sport comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur à titre amateur ou à l'occasion d'un rallye de vitesse ou encore à l'occasion d'une compétition,
- ◆ d'Accidents de navigation aérienne (sauf si l'Assuré se trouve soit en qualité de passager, soit en qualité de personnel navigant, à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, ce pilote ne pouvant être l'Assuré lui-même),
- ◆ de la pratique d'un sport comportant l'utilisation d'un appareil de navigation aérienne avec ou sans moteur (pratique du planeur, du parachutisme sauf en cas de situation critique de l'appareil, du parapente...), à titre amateur, ou à l'occasion d'une compétition, démonstration, tentative de records ou de raids, vols sur ailes volantes, vols acrobatiques, vols d'essai, vols sur prototype, vols en ULM...,
- ◆ de l'usage de stupéfiants ou de médicaments en dehors des limites de prescriptions médicales,
- ◆ de la manipulation d'explosifs,
- ◆ d'effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- ◆ des Accidents de la circulation résultant de l'ivresse (état attesté par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en vigueur à la date de l'Accident), lorsque l'Assuré est pilote (ou conducteur),
- ◆ des suites du refus de l'Assuré de se soumettre à un traitement prescrit médicalement, rationnel et adéquat, à l'exception des traitements proposés au cours de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie,
- ◆ de la participation de l'Assuré à un duel, un pari ou un défi,
- ◆ des conséquences d'un Accident dont la survenance est antérieure à l'adhésion ou d'une Maladie non déclarée à l'adhésion.

Outre les exclusions ci-dessus, n'entrent pas dans le champ de l'option « Doublement du capital en cas d'Accident », le Décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) résultant :

- ◆ d'Accidents survenus antérieurement à la date d'effet du contrat,
- ◆ de la pratique de tout sport à titre professionnel (entraînement compris), à l'exception des sports cyclistes,
- ◆ des Accidents occasionnés lors de la pratique d'un sport dans le cadre de meetings, raids sportifs, matches, courses, records et tentatives de records,
- ◆ De même sont exclus les sports suivants : les ascensions en montagne à partir du classement "difficile" et les escalades de niveau 3 et supérieurs, la pêche et la plongée sous-marine avec appareil respiratoire en solo et en palanquée au-delà de 40 mètres.

Outre les exclusions ci-dessus, n'entrent pas dans le champ de l'option « Maladie Grave » :

Si l'Incapacité Temporaire Totale de travail résultant d'une Maladie Grave survient durant le délai de carence ou si le diagnostic de la Maladie Grave est établi durant ce délai, aucune prestation ne sera versée au titre de l'option Maladie Grave, même après l'expiration de cette période.

Au titre de l'Accident Vasculaire Cérébral :

- ◆ les Accidents ischémiques transitoires (AIT),
- ◆ les lésions cérébrales ou des vaisseaux sanguins d'origine traumatique,
- ◆ les hémorragies secondaires à une lésion cérébrale préexistante,
- ◆ toute anomalie cérébrale clinique ou bien objectivée par un scanner sans relation clinique patente et objective avec les symptômes et les signes neurologiques.

Au titre du Cancer :

- ◆ les tumeurs qui sont histologiquement classifiées comme pré-malignes, les dysplasies, les cancers in situ ou carcinomes in situ,
- ◆ les tumeurs de la prostate qui n'ont pas atteint au moins le stade T2N0M0 de la classification TNM,
- ◆ le cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde de stade qui n'a pas encore atteint le stade T2N0M0 de la classification TNM,
- ◆ les carcinomes baso-cellulaires de la peau et le dermato-fibrome de Darier-Ferrand,
- ◆ les diagnostics établis sur biopsie ou sur mise en évidence de la cellule tumorale circulante dans le sang, les salives, les selles ou l'urine.

Au titre de l'Infarctus du Myocarde :

- ◆ les syndromes coronariens aigus, comprenant entre autres l'angine de poitrine instable.

6. L'adhésion au contrat



Pour souscrire au contrat et donner son consentement à l'assurance, l'Assuré doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion, après avoir pris connaissance de la Notice d'information.

La personne à assurer doit remplir les formalités médicales, notamment compléter un questionnaire de santé, selon son âge et le montant du capital garanti choisi.

Pour la détermination des formalités médicales, le capital garanti prend en compte les capitaux garantis au titre des adhésions et des souscriptions déjà réalisées ou en cours d'acceptation auprès de KOREGE, hors contrats d'assurance emprunteur.

A réception de la demande d'adhésion et, le cas échéant, après examen du questionnaire de santé par son Médecin Conseil, l'Assureur peut être amené à :

- ◆ demander un complément d'information ou un examen de santé, à la charge de l'Assureur, sous réserve des plafonds indiqués dans la liste des formalités médicales,
- ◆ subordonner sa garantie à des conditions spéciales, telles que majorations de cotisations ou exclusions spéciales de garantie,
- ◆ refuser sa garantie.

Les renseignements médicaux demandés à l'Assuré peuvent être adressés au gestionnaire du contrat désigné par l'assureur sous pli confidentiel directement à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur – KEREIS France – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9.

Si l'Assuré souhaite des informations complémentaires sur la décision de l'Assureur, il doit adresser un courrier au Médecin Conseil qui est la seule personne habilitée à lui répondre.



Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assure, peut entraîner la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances.

Toute réticence ou fausse déclaration non-intentionnelle de la part de l'assure peut entraîner une augmentation du montant de la cotisation acceptée par l'assure ou la réduction de la garantie au moment de sa mise en jeu ou la résiliation du contrat conformément à l'article L. 113-9 du code des assurances.

Conformément à l'article L.132-26 du Code des assurances, toute erreur sur l'âge de l'Assuré, entraîne :

- ◆ une réduction de la garantie au moment de sa mise en jeu lorsque la cotisation prélevée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée,
- ◆ le remboursement du trop-perçu par l'Assureur lorsque la cotisation prélevée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée,
- ◆ la résiliation du contrat si l'âge réel ne satisfait pas aux conditions de l'article 4 de la présente Notice d'information.

6.1. La prise d'effet du contrat

Les garanties seront définitivement acquises à la date d'effet, telle que définie ci-dessous et indiquée par l'Assureur dans le Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

L'Assureur notifiera les conditions de l'acceptation dans un délai maximum de 15 jours ouvrés, à réception des pièces qu'il aura jugées nécessaires. Cet avis, adressé à l'Assuré se fera sous la forme d'un Certificat d'adhésion si l'acceptation est faite sans réserve.

En cas d'acceptation sans réserve de la part de l'Assureur la date d'effet du contrat est :

- ◆ la date d'émission du Certificat d'adhésion en cas d'acceptation immédiate de l'adhésion,
- ◆ la date d'acceptation médicale par l'Assureur en cas d'étude du dossier médical de l'Assuré,
- ◆ sous la forme d'une nouvelle proposition d'assurance si l'acceptation est faite à des conditions spéciales (application d'une surprime et/ou d'une exclusion contractuelle). Les éventuelles exclusions seront portées à la connaissance de l'Assuré par un courrier particulier émanant du service de l'Assureur chargé du traitement médical.

En cas d'acceptation à des conditions spéciales (application d'une surprime et/ou d'une exclusion contractuelle) la date d'effet de l'adhésion est la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance signée par l'Assuré.

En cas d'acceptation de ces conditions spéciales, l'Assuré devra retourner la proposition d'assurance faite par l'Assureur datée et signée dans un délai maximum de 30 jours à compter de l'envoi de celle-ci par l'Assureur. Celui-ci adressera alors à l'Assuré un Certificat d'adhésion mentionnant l'existence de ces conditions spéciales d'acceptation.

Si dans ce délai, la réponse n'est pas parvenue à l'Assureur, le dossier sera classé sans suite. A la prise d'effet du contrat, l'Adhérent acquiert alors la qualité d'Assuré. En cas de refus de l'Assureur, le contrat sera réputé n'avoir jamais existé.

6.2. La garantie accidentelle provisoire :

Une garantie en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutifs à un Accident est accordée dès la signature de la demande d'adhésion **sous réserve des exclusions indiquées à l'article 5** : elle correspond au montant choisi par l'Assuré sur la demande d'adhésion (hors option « Doublement du capital en cas d'Accident ») dans la limite de 300 000 euros maximum.

Elle cesse :

- ◆ dès la notification de l'acceptation par l'Assureur telle que définie ci-dessus,
- ◆ dès la notification du refus de l'Assureur,
- ◆ dès la notification du refus de l'Assuré en cas de proposition par l'Assureur à des conditions spéciales.

En tout état de cause, cette garantie provisoire cesse dans une limite de 90 jours après la date de signature de la demande d'adhésion.

6.3. La désignation du bénéficiaire en cas de décès



Le Bénéficiaire en cas de décès est la personne physique ou morale que l'Assuré aura désignée et à laquelle l'Assureur s'engage à payer le capital garanti. L'Assuré dispose du droit personnel d'effectuer cette désignation par la clause de son choix.

Il peut être désigné comme Bénéficiaire(s), en cas de décès, une ou plusieurs personnes. Dans ce dernier cas, la formulation de la clause doit clairement indiquer la part du capital à laquelle chacune d'elles peut prétendre et l'ordre dans lequel elles peuvent être appelées à bénéficier du paiement du capital.

Une formulation possible de la clause bénéficiaire est proposée dans la demande d'adhésion. Pour toute autre formulation, l'Assuré peut indiquer à l'Assureur la clause qu'il souhaite par acte sous seing privé en joignant à sa demande d'adhésion une lettre manuscrite datée et signée.

La clause peut être déposée chez un notaire ou rédigée par acte authentique ou être formulée par testament. Il suffit alors d'indiquer à l'Assureur les coordonnées du notaire concerné. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré peut indiquer ses coordonnées à l'Assureur afin que celui-ci puisse informer le Bénéficiaire de sa désignation au moment de l'exigibilité du contrat.

A défaut de désignation expresse ou si pour une raison quelconque la désignation faite ne pouvait avoir d'effet, les héritiers de l'Assuré seront considérés comme Bénéficiaires du capital à proportion de leurs droits respectifs sur la succession de ce dernier, sauf indication expresse contraire de la part de l'Assuré.

L'Assureur s'engage par la suite à conserver confidentiellement cette clause et seul l'Assuré, par demande écrite, ou un tiers avec son autorisation écrite, pourront en obtenir communication. La clause peut être modifiée à tout moment. **Toutefois, cette faculté n'est ouverte que si le Bénéficiaire n'a pas accepté cette désignation, cette acceptation ayant pour effet de la rendre irrévocable.**

Tant que l'Assuré est en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'Assureur, de l'Assuré et du Bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'Assuré est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès de l'Assuré, l'acceptation intervient sans délai.

6.4. Le montant des cotisations

La cotisation est due à compter de la prise d'effet du contrat.

Il est remis à l'Assuré une simulation tarifaire indiquant le montant de base calculé selon les informations déclarées au moment de l'adhésion ou de la modification de garantie. Ce montant ne tient pas compte des conditions d'acceptation décidées par l'Assureur.

Le montant de la cotisation est ensuite indiqué sur le Certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- ◆ de l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet du contrat ou de la modification de garantie,
- ◆ du montant du capital garanti choisi par l'Assuré,
- ◆ du tarif en vigueur au moment de l'adhésion ou de la modification de garantie,
- ◆ de la qualité de Non-fumeur de l'Assuré,
- ◆ de la réduction accordée en cas d'adhésion au même contrat par le conjoint, concubin, partenaire de PACS de l'Assuré (la réduction est appliquée aux cotisations du deuxième contrat souscrit),
- ◆ des conditions d'acceptation par l'Assureur,
- ◆ des options choisies (« Doublement du capital en cas d'Accident » ou « Maladie Grave »).



La cotisation évolue ensuite en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du montant du capital assuré à chaque date anniversaire de la prise d'effet du contrat (les taux d'évolution sont indiqués en Annexe).

L'âge atteint à chaque date anniversaire est calculé par différence entre le millésime de l'année de cette date et celui de l'année de naissance de l'Assuré.

La cotisation d'assurance pourra être ajustée en cours d'adhésion pour tenir compte, notamment :

- ◆ du versement par l'Assureur du montant dû au titre de l'option « Maladie Grave »,
- ◆ des résultats techniques du contrat,
- ◆ des modifications légales ou réglementaires.

Dans les deux derniers cas uniquement, l'Assuré est avisé au plus tard 30 jours avant la prochaine date anniversaire de la prise d'effet de son contrat, de l'augmentation de sa cotisation et peut, en cas de désaccord, résilier son contrat au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date anniversaire de son contrat.

6.5. Le paiement des cotisations

Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'Assuré, ou en cas de clôture ou de transfert de ce dernier, sur le compte bancaire dont l'Assuré a fourni le Relevé d'Identité Bancaire, aux dates d'échéance et selon le fractionnement et les modalités mentionnées dans le Certificat d'adhésion.

Défaut de paiement des cotisations



En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation entraîne la résiliation de plein droit du contrat.

Dans le cas où les garanties du contrat seraient mises en jeu pendant ce délai de quarante jours, la garantie est maintenue mais l'Assureur pourra retenir le montant de la cotisation non payée sur le montant du capital à payer.

7. La vie du contrat



7.1. Comment faire évoluer son contrat ?

À tout moment, l'Assuré peut demander, à l'Assureur, une modification du montant du capital garanti en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

La modification du montant garanti est constatée par un avenant : l'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative nécessaire.

Les cotisations seront également modifiées à la date de prise d'effet de la modification de la garantie.

Cette modification de garantie est effectuée aux conditions en vigueur lors du changement.

7.2. Augmentation de garantie

L'augmentation de garantie correspond à la majoration du capital assuré. Toute augmentation de garantie sera consentie à l'Assuré sous réserve de satisfaire aux formalités d'adhésion, notamment d'ordre médical, prévues à l'article 6. Le montant du capital choisi, pris en compte dans la sélection, correspond au capital assuré total après majoration.

Toute augmentation de garantie prendra effet, sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, à la date d'émission du nouveau Certificat d'adhésion.

Jusqu'à la date d'acceptation ou en cas de refus de l'augmentation de garantie par l'Assureur, l'Assuré continue de bénéficier des conditions de garantie qui lui ont été accordées précédemment.

Si l'option « Maladie Grave » est souscrite, toute augmentation de garantie entraîne une augmentation du capital garanti en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave.



7.3. Augmentation de garantie liée à des événements de la vie

Sur demande intervenant dans les 6 mois suivants les événements ci-dessous :

- ◆ mariage ou conclusion d'un PACS,
- ◆ naissance ou arrivée au foyer d'un enfant dans le cadre ou en vue de son adoption,

l'Assuré peut bénéficier d'une augmentation d'au plus 20% de son capital assuré (dans la limite d'un montant total assuré de 600 000 euros) sur la seule base d'un questionnaire de santé simplifié, sous réserve de l'acceptation de l'Assureur.

Pour en bénéficier, l'Assuré doit fournir à l'Assureur les justificatifs suivants :

- ◆ en cas de mariage ou de PACS, copie de l'extrait de l'acte de mariage sur le livret de famille ou copie de l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS enregistré par l'officier d'état civil,
- ◆ en cas de naissance ou d'arrivée au foyer d'un enfant dans le cadre ou en vue de son adoption :

- o adoption simple : copie de l'intégralité du livret de famille,
- o adoption plénière : copie de la décision de placement en vue de l'adoption de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de tout organisme autorisé.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative nécessaire.

Toutefois, après le versement du capital garanti en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave, l'Assuré ne pourra plus demander d'augmentation de garantie.

7.4. Diminution de garantie

Toute diminution de garantie prendra effet à la date d'émission du nouveau Certificat d'adhésion. A cette date, les cotisations seront également modifiées en proportion de la diminution du capital assuré.

Si l'option « Maladie Grave » est souscrite, toute diminution de garantie entraîne une diminution du capital garanti en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave.

La modification du montant garanti est constatée par un avenant.

7.5. Comment déclarer un changement de situation ?



L'Assuré est tenu d'informer le gestionnaire du contrat (KEREIS France - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX), dans les 30 jours qui suivent tout changement de situation déclarée à l'adhésion, notamment concernant son statut de fumeur. En fonction des éléments fournis, l'Assureur peut revoir le montant de la cotisation. **A défaut d'information, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer une réduction proportionnelle de la garantie conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances.**

7.6. La cessation des garanties



Le contrat est conclu pour une durée d'un an à compter de sa date de prise d'effet.

Il est ensuite renouvelé tacitement d'année en année à sa date anniversaire de prise d'effet et peut être résilié dans les conditions ci-dessous.



Le contrat cesse :

- ◆ à la date de réception de la lettre de renonciation de l'Assuré, adressée en recommandé avec avis de réception, ou en renseignant le formulaire dédié sur le site de Kereis – assure.kereisfrance.com, en cas d'exercice de cette faculté prévue à l'article 7.7,
- ◆ à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion suivant l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 74 ans,
- ◆ en cas de résiliation du contrat, selon les dispositions ci-dessous,
- ◆ en cas de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- ◆ au Décès de l'Assuré.

Les garanties cessent :

- ◆ à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion suivant l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 74 ans pour la garantie Décès,
- ◆ à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion suivant l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- ◆ à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion suivant l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans pour l'option « Maladie Grave ».



7.7. La renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu, c'est-à-dire à la date de réception du Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Dans ce cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à son contrat :

- ◆ soit en adressant à Kereis France (CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9) une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :
"Exerçant le droit de renonciation à mon adhésion au contrat KOREGE Solution Famille, je vous prie de bien vouloir procéder à la restitution des cotisations versées. Date et signature".
- ◆ soit en ligne via l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/>

Les garanties cessent de s'exercer à compter de la date de réception de la demande. L'Assureur restituera la totalité des cotisations éventuellement déjà prélevées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date de réception de cette demande. Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours calendaires.



7.8. La résiliation

La résiliation par l'Assuré peut se faire :

À tout moment, moyennant un préavis de 1 mois :

- ◆ par lettre recommandée avec avis de réception (le cachet de la poste faisant foi) à KEREIS France - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9,
- ◆ soit en ligne via l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/>

En cas de désaccord sur l'augmentation de sa cotisation, dans les dispositions prévues à l'article 6.4 de la présente notice.



Résiliation par l'Assureur :

Le contrat qui se renouvelle chaque année à sa date anniversaire par tacite reconduction pour une durée d'un an, peut être résilié par l'Assureur à chaque échéance annuelle, moyennant un préavis de deux mois. La résiliation prend effet à la date anniversaire (0 heure) de l'adhésion qui suit la notification de la résiliation à l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Le contrat peut également être résilié par l'Assureur avant l'échéance annuelle :

- ◆ en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions de l'article 6.5. Cette résiliation ne dispense pas l'Assuré du paiement des cotisations dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- ◆ en cas de fausse déclaration ou le cas échéant, d'erreur sur l'âge de l'Assuré, dans les conditions de l'article 6.

Les cotisations versées antérieurement restent acquises dans leur intégralité à l'Assureur.

8. Le sinistre



8.1. Comment déclarer un sinistre ?

En cas de décès

Le Bénéficiaire désigné acceptant sa désignation devra déclarer la survenance de celui-ci à l'Assureur par écrit et joindre une copie intégrale de l'acte de décès à la déclaration. Pour permettre le paiement du capital garanti, le Bénéficiaire devra constituer un dossier comprenant notamment les pièces suivantes :

- ◆ un certificat médical sur formulaire délivré par l'Assureur,
- ◆ une copie de la pièce d'identité en cours de validité du (des) Bénéficiaire (s), signée par l'intéressé.

Si l'Assuré a souscrit l'option « Doublement du capital en cas d'Accident » et que le Décès est consécutif à un Accident :

- ◆ un certificat médical constatant le décès et précisant que sa cause est accidentelle, ainsi que toutes pièces établissant que le Décès résulte d'un Accident (procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse)..."

L'Assureur se réserve le droit, le cas échéant, de réclamer des pièces complémentaires.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'Assuré doit déclarer à l'Assureur tout événement de nature à mettre en jeu sa garantie et doit adresser des pièces justificatives comprenant notamment :

- ◆ un certificat médical sur formulaire délivré par l'Assureur accompagné d'un courrier du médecin traitant, indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'invalidité conduisant à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

et,

- ◆ pour l'Assuré assujetti à la Sécurité Sociale, la notification par celle-ci de la reconnaissance de l'invalidité de 3ème catégorie,
- ◆ pour les non-assujettis à la Sécurité Sociale : notification de mise en invalidité ou de l'attribution d'une pension émanant de l'organisme social auquel est affilié l'Assuré,
- ◆ une copie de la pièce d'identité en cours de validité signée par l'Assuré.

Si l'Assuré a souscrit l'option « Doublement du capital en cas d'Accident » et que la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est consécutive à un Accident :

- ◆ le certificat médical sur formulaire délivré par l'Assureur accompagné du courrier du médecin traitant prévus ci-dessus et complétés des informations suivantes : la cause, la nature, la date de survenance de l'Accident à l'origine de l'invalidité et décrivant de façon détaillée l'état de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et sa consolidation,
et,
- ◆ pour l'Assuré assujetti à la Sécurité sociale, la notification par celle-ci de classement en invalidité de 3ème catégorie,

- ◆ pour les non-assujettis à la Sécurité Sociale : notification de mise en invalidité ou de l'attribution d'une pension émanant de l'organisme social auquel est affilié l'Assuré,
- ◆ ainsi que toutes pièces justifiant que la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résulte d'un Accident (procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse).

L'Assureur se réserve le droit, le cas échéant, de réclamer des pièces complémentaires.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail résultant d'une Maladie Grave

Si l'Assuré a souscrit l'option « Maladie Grave », il devra déclarer celle-ci à l'Assureur par écrit. Pour permettre le paiement du capital garanti, l'Assuré devra constituer un dossier comprenant notamment les pièces suivantes :

- ◆ avis d'arrêt de travail,
- ◆ le compte-rendu de consultation établi par votre médecin traitant ou le médecin spécialiste précisant : date de découverte, diagnostic exact, l'étiologie/la cause sous-jacente, le traitement, les séquelles/complications éventuelles, l'évolution, l'avis pronostique,
- ◆ le compte-rendu d'hospitalisation,
- ◆ certificat médical, sur formulaire de l'Assureur.

SELON LA PATHOLOGIE :

EN CAS DE CANCER

- ◆ Le compte-rendu histologique définitif ou anatomopathologique indiquant le diagnostic exact, le stade, la classification TNM ou autre, taille de la tumeur et détail de l'envahissement, absence ou présence de ganglions lymphatiques ou de métastases à distance.

EN CAS D'AVC

- ◆ Le compte-rendu de la tomodensitométrie et l'IRM ou de l'écho-doppler carotidien et transcrânien,
- ◆ le compte-rendu de consultation spécialiste précisant : le diagnostic, l'étiologie/la cause sous-jacente, le traitement, les séquelles/complications éventuelles, l'évolution, l'avis pronostique.

EN CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE

- ◆ Le compte-rendu d'électrocardiogramme au repos/à l'effort,
- ◆ Le compte-rendu de l'échocardiographie (échographie cardiaque),
- ◆ Le compte-rendu de la coronarographie ou d'angiographie,
- ◆ Les résultats des marqueurs cardiaques sériques : Enzymes cardiaques (ASAT, CPK, la lactate déshydrogénase et la troponine I cardiaque), hématologie (Leucocytose, VS) Les résultats des examens cardiologiques réalisés.

L'Assureur se réserve le droit, le cas échéant, de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier. Les certificats médicaux descriptifs pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin Conseil de l'Assureur.

8.2. Paiement du capital garanti

La déclaration de Sinistre et les pièces qui l'accompagnent sont examinées par l'Assureur.

Le capital garanti mentionné sur la demande d'adhésion est revalorisé conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires au règlement. La revalorisation est calculée selon le taux minimum légal prévu à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, à savoir au taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- ◆ la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- ◆ le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

En cas d'acceptation par l'Assureur, le capital garanti est payé dans un délai maximum de trente jours.

Dans le cadre de l'option « Maladie Grave », et sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, le capital garanti est payé dans les jours suivant la réception du dossier complet, sauf en cas d'A.V.C tel que défini à l'article 3.2.

En cas d'A.V.C, le capital garanti sera réglé au terme d'un délai de 60 jours maximum. Si la consolidation de l'état de santé de l'Assuré intervient avant l'issue de ce délai, le capital garanti sera réglé à la date de consolidation.

Conformément à l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre de ce contrat qui n'auront pas fait l'objet d'une demande de versement du capital, seront déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance, par l'assureur, du décès de l'Assuré. Les sommes déposées dans ce cadre et qui n'auront pas été réclamées par leurs Bénéficiaires seront acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

En cas de décès de l'Assuré et uniquement en cas de désignation d'une seule personne physique comme Bénéficiaire de premier rang, une somme de 10 000 euros est débloquée par l'Assureur dans les 48 heures suivant la réception du certificat médical constatant le décès, d'une copie de la pièce d'identité en cours de validité du Bénéficiaire signée par l'intéressé et d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Cette somme est ensuite versée sur le compte bancaire de ce Bénéficiaire dans un délai tenant compte des opérations bancaires.

Cette somme correspond à une provision sur le capital garanti mentionné sur la demande d'adhésion. Le solde étant versé au Bénéficiaire uniquement sous réserve des dispositions du présent contrat. Le versement de cette somme ne présume pas de l'acceptation du règlement du capital garanti soumis à l'étude complète du dossier par l'Assureur.

Cette somme de 10 000 euros restera acquise à ce Bénéficiaire dans tous les cas.

8.3. La procédure de contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de contrôler les déclarations qui lui sont faites et de contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont soumis. Il peut, à tout moment, faire contre visiter à ses frais, par l'un de ses médecins, l'Assuré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à cause d'une Maladie Grave.

Si l'Assuré le désire, cette contre visite pourra avoir lieu en présence de son médecin traitant et à ses frais.



Au cas où l'Assuré s'opposerait à cette contre visite, il serait déchu de tout droit à garantie concernant son état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou son état d'Incapacité Temporaire Totale résultant d'une Maladie Grave.

Pour tout litige concernant l'application de la garantie fondé sur une raison médicale, le différend, en cas de contestation par l'Assuré, peut être soumis à une expertise médicale, chaque partie choisissant son propre médecin comme expert et prenant en charge ses frais et honoraires.

En cas de désaccord entre eux, ces deux médecins experts s'en adjoignent un troisième et prennent une décision à la majorité des voix. Les frais et honoraires du troisième médecin expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Faute pour l'Assuré ou l'Assureur de désigner son propre médecin expert, ou en cas de désaccord entre les deux médecins experts sur la désignation du troisième, le choix est effectué par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. L'Assureur s'engage à appliquer la décision prise par les médecins experts. L'Assuré conserve toujours le droit de contester la décision par voie judiciaire.

① 9. Informations générales

9.1. Procédure de réclamation et de médiation

En cas de réclamation liée au présent contrat, vous pouvez adresser une demande écrite à : KEREIS France - CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 (tél : 09 72 67 00 50), qui s'engage à accuser réception de la demande dans les dix jours ouvrables suivant sa date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi) sauf si une réponse lui a été fournie pendant ce temps, et à lui apporter une réponse dans un délai maximum de deux mois à compter de cette même date.

Dans le cas où la réponse de KEREIS France ne vous semblerait pas suffisante ou adaptée, vous (si vous êtes un particulier) avez la possibilité de demander l'avis neutre et indépendant de la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09. Pour plus d'informations, consulter le site <http://www.mediation-assurance.org> comprenant la Charte de la Médiation.

Indépendamment des niveaux de traitement définis ci-dessus, vous conservez la possibilité de saisir les Tribunaux à tout moment en cas de litige.

9.2. Le délai de prescription

Le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour vous que pour l'Assureur, d'introduire une action en justice trouvant sa cause dans la conclusion ou dans l'exécution de votre contrat. Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, ce délai est de deux ans à compter de la survenance de l'événement susceptible de donner naissance à cette action en justice. Lorsque le Bénéficiaire du contrat est une personne distincte de l'Assuré, il est porté à dix ans. En tout état de cause, l'action du Bénéficiaire est prescrite au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

L'interruption de la prescription qui a pour objet d'effacer le délai de prescription et de faire courir un nouveau délai, peut être provoqué, conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances, par :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription qui sont :

- ◆ la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (2240 Code civil),
- ◆ la demande en justice, même en référé, et ce même lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (2241 Code civil),
- ◆ Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (2244 Code civil),
- ◆ L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires ou à l'un de ses héritiers par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres même contre les autres héritiers sous réserve que l'obligation ne soit pas divisible. (2245 Code civil).

Les causes d'interruption de la prescription spécifiques au contrat d'assurance qui sont :

- ◆ la désignation d'expert à la suite d'un Sinistre,
- ◆ 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 cotisation,

- ◆ l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription ne court pas ou est suspendue (le délai de prescription est arrêté mais n'est pas effacé) :

- ◆ contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure (2234 Code civil),
- ◆ contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts (2235 Code civil),
- ◆ entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité (2236 Code civil), contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession (2237 Code civil),
- ◆ à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation,
- ◆ à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative (2238 Code civil),
- ◆ à compter de l'accord du débiteur constaté par l'Huissier de justice pour participer à la procédure prévue par l'article L.125-1 du Code des procédures civiles d'exécution (article 2238 du Code civil),
- ◆ lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès (2239 Code civil).

9.3. La responsabilité fiscale

Il appartient à l'Assuré de satisfaire à l'ensemble de ses obligations d'ordre fiscal concernant notamment le dépôt des déclarations ou de tout document rendu obligatoire par la réglementation fiscale ainsi qu'au paiement de l'ensemble des impôts dont il est redevable (impôt sur le revenu, impôt sur les sociétés impôt sur la fortune, droits de succession...).

L'adhésion, la détention et les opérations exécutées sur le contrat peuvent avoir pour l'Assuré des implications fiscales qui dépendent de plusieurs facteurs dont, sans toutefois s'y limiter le lieu du domicile, sa nationalité.

Les législations fiscales de certains pays peuvent avoir une portée extraterritoriale et ce, quel que soit le lieu de domicile de l'Assuré.

Il est recommandé à ce dernier de se rapprocher d'un conseil indépendant afin d'obtenir les conseils juridiques et fiscaux appropriés. L'Assuré reconnaît et accepte que l'Assureur n'encourt aucune responsabilité en ce qui concerne l'une quelconque des obligations fiscales lui incombant.

9.4. Attribution de compétence

Tout litige né ou à naître de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat relève de la compétence exclusive des juridictions françaises, les parties renonçant à toute procédure judiciaire dans tout autre Etat.

9.5. Les données personnelles

Toutes les données à caractère personnel liées aux présentes sont collectées, traitées et conservées conformément à la Charte de Protection des Données Personnelles, qui est consultable à l'adresse suivante : www.korege.fr et disponible sur simple demande.

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par l'assureur ses mandataires ou ses réassureurs pour la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance.

Toutefois, des données médicales personnelles sont également collectées et traitées par l'assureur, ses mandataires ou ses réassureurs sous réserve de l'obtention du consentement explicite de l'assuré et dans le strict respect du secret médical, pour l'étude du dossier d'assurance (admission à l'assurance et mise en jeu des garanties).

L'adhérent et/ou l'assuré peut retirer son consentement au traitement des données médicales à tout moment mais ce retrait est susceptible d'empêcher la mise en jeu des garanties prévues par le contrat. Par ailleurs, le retrait de ce consentement ne pourra aboutir ni à la résiliation du contrat ni à l'effacement des données collectées.

Pour toute information relative au traitement de vos données personnelles, veuillez contacter le Délégué à la Protection des Données de KOREGE à l'adresse : dpd@korege.fr

Il est par ailleurs rappelé que, conformément à la réglementation applicable, tout consommateur dispose de la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition à démarchage téléphonique : www.bloctel.gouv.fr. Il est interdit à un professionnel de démarcher téléphoniquement un consommateur inscrit sur cette liste, sauf en cas de relations contractuelles.

9.6. Les dispositions spécifiques applicables en cas de commercialisation à distance

Les dispositions ci-après s'appliquent aux contrats exclusivement conclus à distance au sens de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

Durée de la proposition d'assurance

La Notice d'information accompagnée de la demande d'adhésion, constituent une proposition d'assurance valable 21 jours à compter de la date d'émission figurant sur ladite demande d'adhésion. Au-delà de cette durée, vous êtes invité à demander à votre Agence une nouvelle proposition.

Modalités de conclusion du contrat

Pour souscrire au contrat, après avoir pris connaissance du conseil qui vous a été délivré par CCF et de l'ensemble des pièces du dossier d'adhésion qui vous a été adressé dans le cadre de la vente à distance, vous devez renvoyer l'ensemble des exemplaires qui vous sont listés, dûment complétés, datés et signés, en n'omettant aucune mention, à l'adresse qui vous aura été communiquée.

Le cas échéant, vous devez également renseigner le questionnaire de santé et l'adresser au Médecin Conseil dans l'enveloppe indiquée à cet effet.

Droit de renonciation

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu, c'est-à-dire à la date de réception du Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Le point de départ de ce délai est, le cas échéant, reporté à la réception par l'Adhérent/Assuré des conditions et informations contractuelles prévues par la loi si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment.

Dans ce cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à son contrat :

-
- ◆ soit en adressant à Kereis France (CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9) une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant : "Exerçant le droit de renonciation à mon adhésion au contrat KOREGE Solution Famille, je vous prie de bien vouloir procéder à la restitution des cotisations versées. Date et signature".
 - ◆ Soit en ligne via l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/>

Les garanties cessent de s'exercer à compter de la date de réception de la demande. L'Assureur restituera la totalité des cotisations éventuellement déjà prélevées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de réception de cette demande. Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Langue utilisée

L'ensemble des documents contractuels est rédigé en français. Si vous en êtes d'accord, la langue utilisée durant la relation contractuelle sera le français. Cet accord sera formalisé par la signature de la demande d'adhésion et sa réception par nos soins. A défaut, nous vous invitons à contacter votre Agence.

Loi applicable

La loi applicable durant les relations pré-contractuelles et contractuelles est la loi française.

Frais liés à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance

Du fait de l'utilisation de la technique de commercialisation à distance, vous êtes susceptible de payer des frais de communication (connexion Internet à votre fournisseur par exemple ou opérateur téléphonique). S'agissant des frais supportés par votre adhésion, l'utilisation de la technique de commercialisation à distance n'entraîne pas de facturation supplémentaire.

10. Annexe : évolution maximale du tarif selon l'âge de l'Assuré

Augmentation maximale du tarif selon l'âge atteint de l'Assuré				Augmentation maximale du tarif selon l'âge atteint de l'Assuré			
Age	Garantie Décès/PTIA (hors option doublement accidentel)	Option Doublement Décès/PTIA accidentel	Option Maladie Grave	Age	Garantie Décès/PTIA (hors option doublement accidentel)	Option doublement Décès/PTIA accidentel	Option Maladie Grave
18				47	11,53%	0,00%	10,18%
19	0,00%	0,00%	7,94%	48	6,79%	0,00%	10,02%
20	0,00%	0,00%	7,35%	49	5,58%	0,00%	9,71%
21	0,00%	0,00%	6,85%	50	2,84%	0,00%	9,43%
22	0,00%	0,00%	6,41%	51	10,50%	0,00%	10,09%
23	0,00%	0,00%	6,03%	52	10,17%	0,00%	10,14%
24	0,00%	0,00%	5,68%	53	9,74%	0,00%	10,21%
25	0,00%	0,00%	5,38%	54	9,11%	0,00%	10,18%
26	0,00%	0,00%	5,11%	55	8,25%	0,00%	10,08%
27	0,00%	0,00%	4,86%	56	8,37%	0,00%	9,63%
28	0,00%	0,00%	9,88%	57	7,59%	0,00%	9,12%
29	0,00%	0,00%	9,78%	58	7,14%	0,00%	8,88%
30	0,00%	0,00%	9,81%	59	7,26%	0,00%	8,55%
31	0,77%	0,00%	10,42%	60	8,04%	0,00%	8,26%
32	0,64%	0,00%	11,10%	61	10,35%	0,00%	8,12%
33	2,63%	0,00%	11,58%	62	11,59%	0,00%	7,58%
34	1,78%	0,00%	11,81%	63	12,36%	0,00%	7,23%
35	1,99%	0,00%	11,98%	64	12,33%	0,00%	6,99%
36	4,73%	0,00%	11,58%	65	11,44%	0,00%	5,39%
37	8,47%	0,00%	11,76%	66	9,90%	0,00%	6,32%
38	7,10%	0,00%	11,70%	67	8,06%	0,00%	6,01%
39	8,45%	0,00%	11,53%	68	6,37%	0,00%	
40	10,32%	0,00%	11,64%	69	5,13%	0,00%	
41	7,02%	0,00%	11,26%	70	4,50%	0,00%	
42	9,86%	0,00%	11,32%	71	11,37%	0,00%	
43	12,48%	0,00%	10,97%	72	13,42%	0,00%	
44	10,70%	0,00%	10,35%	73	15,29%	0,00%	
45	11,58%	0,00%	10,54%	74	12,41%	0,00%	
46	15,72%	0,00%	9,97%	75	11,82%	0,00%	