

KOREGE

Garanties

Emprunteur

Notice d'information du contrat d'assurance collective n° 001/900/32
Octobre 2025

SOMMAIRE

1.	L'objet du contrat.....	5
2.	Les options possibles à l'adhésion	5
3.	Les garanties détaillées.....	5
3.1.	La garantie Décès	5
3.2.	La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	6
3.3.	Dispositions communes aux garanties Décès et PTIA	7
3.4.	La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT).....	7
3.5.	La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) et la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT).....	9
3.6.	Dispositions communes aux garanties ITT, IPP, et IPT	11
4.	Les risques non couverts par le contrat.....	12
4.1.	Exclusions communes à toutes les garanties (Décès, PTIA, ITT, IPP et IPT)	12
4.2.	Exclusions spécifiques applicables aux garanties PTIA, ITT, IPP et IPT	12
4.3.	Exclusion spécifique applicable à la garantie Décès.....	13
4.4.	Exclusions spécifiques applicables aux garanties ITT/IPP/IPT	13
5.	Les modalités d'adhésion	14
5.1.	Les personnes et prêts éligibles au contrat	14
5.2.	Les formalités d'admission	15
6.	Les bénéficiaires des garanties	16
6.1.	Pour les garanties Décès et PTIA.....	16
6.2.	Pour les garanties ITT, IPP et IPT	16
7.	Effet des garanties et durée de l'adhésion	16
7.1.	Durée de l'adhésion.....	16
7.2.	Début de l'adhésion et des couvertures.....	16
7.3.	Fin de l'adhésion et des garanties	16
7.4.	Faculté de renonciation	17
8.	Paiement des cotisations.....	18
8.1.	Montant des cotisations	18
8.2.	Modalités de paiement	18
8.3.	Non-paiement des cotisations	18
9.	Modifications de l'assurance pendant la durée du crédit	19
10.	Territorialité des garanties	19
11.	Délai pour déclarer un sinistre	20
12.	Les formalités à accomplir	20
13.	Les justificatifs à fournir pour la mise en jeu des garanties	20
14.	Contrôle médical	21
15.	Réclamations - Médiation	22
16.	Attribution de compétence	22
17.	Le délai de prescription.....	22
18.	La responsabilité fiscale	23
19.	Les données personnelles.....	23
20.	Les dispositions spécifiques applicables en cas de commercialisation à distance	24
20.1.	Durée de validité des informations fournies	24
20.2.	Modalités d'adhésion au contrat	24
20.3.	Frais liés à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance	24
21.	Langue utilisée	24
22.	Loi applicable	24
23.	Existence d'un fonds de garantie.....	24

PARTIES PRENANTES AU CONTRAT

- ⇒ L'Assureur, désigne KOREGE.
- ⇒ Le Déléataire de gestion, désigne Kereis France qui gère les contrats de KOREGE (adhésions, sinistres).
- ⇒ Le Contrat, désigne le présent contrat "KOREGE Garanties Emprunteur".
- ⇒ Le CCF, désigne l'intermédiaire en assurance et le souscripteur du contrat collectif
- ⇒ Organisme prêteur, désigne le cas échéant, le CCF ou tout autre organisme prêteur visé dans l'attestation d'assurance.
- ⇒ L'Adhérent.
- ⇒ L'Assuré.

LEXIQUE

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérés comme accidents au sens du présent contrat, les insolation, 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, accidents vasculaires cérébraux, accidents cardiovasculaires, les pathologies soudaines, les épidémies et les pandémies ainsi que le suicide ou la tentative de suicide.**

Adhérent : celui qui signe le contrat et s'engage, de ce fait, à payer les cotisations/primes.

Assuré : personne physique à qui est accordée la garantie prévue par le contrat. L'Assuré n'est pas obligatoirement le bénéficiaire du contrat.

Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle : les personnes au chômage, les personnes au foyer et les personnes ayant fait valoir leurs droits à la pension de retraite.

Attestation d'assurance / Certificat d'adhésion : document complétant la notice d'information qui précise les choix de l'Adhérent (garanties choisies, cotisation, durée du contrat...) et les conditions d'acceptation par l'Assureur.

Organisme prêteur : établissement de crédit qui octroie le prêt et bailleur qui consent l'opération de crédit-bail.

Bénéficiaire : personne physique ou morale qui reçoit les prestations versées par l'Assureur.

Capital Assuré : montant du capital emprunté multiplié par la quotité assurée.

Caution / garant : personne physique, qui s'engage auprès de l'Organisme prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur à sa place en cas de défaillance de ce dernier.

Consolidation : stabilisation d'un état de santé après un accident ou une maladie laissant subsister des séquelles, et n'étant plus susceptible d'évolution notable.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel www.aeras-infos.fr.

Emprunteur : personne physique ou morale qui adhère au contrat et qui est débitrice des cotisations d'assurance. L'Emprunteur et l'Assuré peuvent être une seule et même personne.

France : "France" inclut la France métropolitaine, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte.

Franchise : période entre la date de l'arrêt de travail ou de prescription du repos complet et le début de la prise en charge des prestations garanties. Aucune prestation n'est versée pendant cette période.

Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) : l'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'il est dans l'impossibilité complète et continue d'exercer ses activités professionnelles sur prescription médicale et qu'il n'exerce aucune autre activité ou occupation susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : l'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, son taux contractuel d'invalidité tel que défini à l'article 3.5 est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : l'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, son taux contractuel d'invalidité tel que défini à l'article 3.5 est égal ou supérieur à 66 %.

Notice d'information : document qui regroupe l'ensemble des dispositions communes à tous les Assurés pour un type de contrat. Il présente les droits et obligations nés de l'adhésion ainsi que les engagements pris par l'Assureur à l'égard de l'Assuré. Elle est complétée par le certificat d'adhésion.

Opération de crédit : toute opération de prêt et de crédit-bail (crédit-bail mobilier, location simple ou location avec option d'achat).

Personne à assurer : toute personne physique, emprunteur, co-emprunteur, locataire, caution d'une personne physique, dirigeant et/ou associé et/ou caution d'une personne morale (à l'exclusion des collectivités publiques), la personne morale étant l'emprunteur, sollicitant une couverture d'assurance. Cette demande de couverture est soumise à l'acceptation de l'Assureur. Toute personne admise à l'Assurance est appelée « Assuré ».

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.

Prescription : le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour l'Assuré / le Bénéficiaire que pour l'Assureur, d'introduire une action en justice trouvant sa cause dans la conclusion ou dans l'exécution du contrat.

Quotité : pourcentage du capital emprunté, du capital restant dû ou de l'échéance de remboursement, couvert par l'assurance. La quotité choisie est applicable pour l'ensemble des garanties souscrites. En cas de pluralité d'Assurés, cette quotité peut être différente pour chacun des co-Assurés.

Vacance temporaire d'emploi : ce terme désigne les personnes en congé parental, en congé sabbatique, au sens de l'article L.3142-28 du Code du travail, et les intermittents du spectacle.

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.

LE CONTRAT

1. L'objet du contrat

Le CCF a souscrit auprès de KOREGE (« l'Assureur ») le contrat d'assurance collective KOREGE Garanties Emprunteur n°001/900/32 afin de procurer à ses adhérents tout ou partie des garanties exposées ci-après. La présente notice d'information est un extrait des conditions de ce contrat.

Le CCF, dont l'objet social est principalement d'effectuer des opérations de banque, propose à ses clients, en sa qualité d'intermédiaire en assurance immatriculé auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance – www.orias.fr), d'adhérer à ce contrat selon les modalités exposées ci-dessous.

L'Assureur est une société anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation, régie par le Code des assurances, placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – Secteur Assurance – 4 Place de Budapest CS 92459 – 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 Le CCF 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.

Le présent contrat est régi par la loi française et par le Code des assurances. Les garanties assurées par ce contrat relèvent de la branche 20 (Vie-Décès) de l'article R.321-1 du Code des assurances. Le CCF, l'organisme prêteur et l'Assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

La présente notice d'information présente les droits et obligations nés de l'adhésion ainsi que les engagements pris par l'Assureur à l'égard de l'Assuré.

La gestion administrative de ce contrat est assurée par Kereis France - Société par actions simplifiée au capital de 2 000 000€ immatriculée au RCS sous le numéro 863 800 868 RCS Nantes Siège social et située au 3, rue Victor Schœlcher, Bâtiments E et F, 44800 Saint-Herblain et société de courtage d'assurances immatriculée à l'Orias sous le numéro 07 009 030.

2. Les options possibles à l'adhésion

En fonction de l'âge de l'assuré, du type de prêt souscrit, du lieu de résidence (voir article 5.1), l'Adhérent a le choix entre deux options de garanties :

	Option 1	Option 2
Décès	•	•
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	•	•
Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)		•
Invalidité Permanente Totale (IPT)		•
Invalidité Permanente Partielle (IPP)		•

3. Les garanties détaillées

3.1. La garantie Décès

Le décès a lieu entre la date de demande d'adhésion et la décision de l'Assureur :

- Pendant la réalisation des formalités médicales, l'Adhérent bénéficie d'une garantie temporaire décès de l'Assuré consécutif à un accident, pour une période maximum de 6 mois à compter de la signature de la demande individuelle d'adhésion, sous réserve de l'existence d'un écrit de l'Organisme prêteur, formalisant son accord de principe sur le crédit en faveur de l'Adhérent, avant la date de l'accident. En tout état de cause, elle cesse le jour où l'Assureur refuse l'admission. Cette garantie accidentelle est accordée dans la limite de 750 000 euros, sous déduction éventuelle des capitaux déjà assurés et à régler par l'Assureur au titre des autres opérations de crédit. L'Assureur prend en charge le capital assuré à hauteur de la quotité assurée. En aucun cas la garantie temporaire décès accidentel ne peut se cumuler avec la garantie décès du contrat.

Toutefois, ne sont pas considérés comme accidents les insolation, 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, accidents vasculaires cérébraux, accidents cardiovasculaires, les pathologies soudaines, les épidémies et les pandémies ainsi que le suicide ou la tentative de suicide.

A noter

Pour bénéficier de cette garantie décès accidentel, le décès de l'Assuré doit intervenir immédiatement ou dans les 6 mois suivant l'accident.

Le décès a lieu après accord de l'Assureur sur l'adhésion :

- **Pour les prêts débloqués en totalité** : l'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, ainsi que les intérêts entre la date de la dernière échéance payée et la date du décès, à hauteur de la quotité assurée.
- **Pour les prêts partiellement débloqués (prêt à déblocages successifs)** : pendant la phase de déblocage du prêt, l'Assureur prend en charge le capital initial emprunté diminué des amortissements en capital réalisés au jour du décès, à hauteur de la quotité assurée.
- **Pour les opérations de crédit-bail** : la prestation garantie correspond à la somme des loyers restant dus au jour du décès, conformément à l'échéancier des loyers, augmenté de la valeur résiduelle du matériel financé.
- **Pour un découvert** : l'Assureur prend en charge, au jour du décès, le montant maximal de découvert autorisé, à hauteur de la quotité assurée.

3.2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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.

Indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- **Pour les prêts débloqués en totalité** : l'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, ainsi que les intérêts entre la date de la dernière échéance payée et la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à hauteur de la quotité assurée.
- **Pour les prêts partiellement débloqués (prêt à déblocages successifs)** : pendant la phase de déblocage du prêt, l'Assureur prend en charge le capital initial emprunté diminué des amortissements en capital réalisés au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à hauteur de la quotité assurée.
- **Pour les opérations de crédit-bail** : la prestation garantie correspond à la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, conformément à l'échéancier des loyers, augmentée de la valeur résiduelle du matériel financé.
- **Pour un découvert** : l'Assureur prend en charge, au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le montant maximal de découvert autorisé, à hauteur de la quotité assurée.

A noter

Pour l'Assuré résidant ou séjournant hors de France au moment de la réalisation du sinistre : les prestations au titre de cette garantie sont servies uniquement si son état de santé est médicalement constaté en France - les frais de déplacement pour s'y rendre restent à sa charge - ou auprès de tout médecin accrédité auprès de l'Ambassade ou du Consulat de France du pays dans lequel l'Assuré séjourne au moment de la réalisation du sinistre.

3.3. Dispositions communes aux garanties Décès et PTIA

Indemnisation au titre des garanties Décès et PTIA :

- **Pour les prêts relais, in fine comportant un report d'intérêts** : la prestation garantie est égale au capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, majorée des intérêts et frais courus et non échus à la date du règlement, à hauteur de la quotité assurée.
- **Pour les prêts à échéances progressives** : le montant de la prestation garantie est majoré du montant des intérêts compensatoires, à hauteur de la quotité assurée.
- Si une échéance vient à échoir le jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, elle est considérée comme postérieure à cette date et par conséquent, la part de l'amortissement comprise dans cette échéance est incluse dans la prestation due par l'Assureur.

A noter

Les intérêts générés par une défaillance de l'emprunteur (intérêts de retard générés par des échéances impayées) ne sont pas garantis par le contrat d'assurance.

En cas de pluralités d'Assurés, chez l'Assureur, sur un même prêt, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou le décès de l'un entraîne le réajustement du capital assuré sur la tête des autres co-Assurés.

Exemple

Pour un prêt avec deux co-Assurés et une quotité assurée de 50 % chacun, le décès de l'un des co-Assurés entraîne automatiquement le réajustement de la quotité assurée sur la tête de l'autre co-Assuré : soit 100 % du capital restant dû après règlement du sinistre.

La prestation garantie est versée en euros.

3.4. La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Seule l'option 2 couvre la garantie ITT.

Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'appréciation par l'Assureur de l'Incapacité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale et organismes affiliés.

- Si l'Assuré est en activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre: l'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'il est, temporairement, dans l'impossibilité complète et continue d'exercer ses activités professionnelles sur prescription médicale, à la suite d'un accident ou d'une maladie et qu'il n'exerce aucune autre activité ou occupation susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.
- Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre (demandeur d'emploi inscrit à France Travail ou personne en Vacance Temporaire d'Emploi) : l'Assuré est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'il est, temporairement, contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations de la vie quotidienne à la suite d'un accident ou d'une maladie.

L'Incapacité Temporaire Totale de travail correspond à un arrêt de travail.

Indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

➤ Quelle est la base de calcul de l'indemnité ?

- o Pour les opérations de crédit comportant un remboursement mensuel, les échéances servant de base au calcul des prestations sont établies conformément au tableau d'amortissement en vigueur au moment de l'arrêt de travail. Dans le cadre d'un prêt à taux révisable, l'indemnisation suivra la variation des taux prévue dans le contrat de prêt à la hausse comme à la baisse.
- o Pour les opérations de crédit comportant un remboursement trimestriel, semestriel ou annuel, les échéances servant de base au calcul sont déterminées en divisant les trimestrialités, semestrialités et annuités en mensualités ou loyers égaux/aux et échelonné(s).

Cette base de calcul sera identique pendant toute la durée de versement des prestations. La prestation est calculée à hauteur de la quotité assurée.

Exemple

Un Assuré a opté pour une quotité à 50 % lors de l'adhésion à son contrat d'assurance emprunteur. Si son échéance de prêt est égale à 1300 € par mois, la prestation mensuelle versée au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sera égale à 650 €, dans la limite du montant mentionné dans l'article 3.6.

➤ Quel est le montant de la prestation ?

- o Pour les prêts, la prestation sera au maximum égale au montant des échéances (intérêts seuls ou intérêts + amortissements) comme déterminé ci-dessus.
- o Pour les opérations de crédit-bail, la prestation sera au maximum égale au montant des loyers comme déterminé ci-dessus, à l'exclusion de toute valeur résiduelle.

Dans tous les cas, l'Assureur verse les prestations correspondant aux échéances de remboursement du crédit au prorata temporis du nombre effectif de jours en arrêt de travail.

➤ **Quand est versée la prestation ?**

Le versement des prestations ne débute qu'au 91^e jour d'incapacité totale et continue, à compter de la date de cessation d'activité professionnelle relative à l'incapacité et pour une durée maximale de 1095 jours, franchise incluse.

A noter

Aucune prestation n'est versée les 90 premiers jours à partir de la date de début de l'arrêt de travail initial.

Rechute : si l'Assuré reprend son activité professionnelle après un arrêt de travail indemnisé par l'Assureur et s'il y a rechute du fait de la même affection dans un délai inférieur à 2 mois continus, la période d'incapacité et la période de rechute seront considérées comme un seul et même sinistre. Toutefois, pendant la période de reprise d'activité, l'indemnisation cesse. **Si la rechute intervient au-delà des 2 mois continus, elle est considérée comme une nouvelle incapacité avec application d'une nouvelle franchise de 90 jours.**

Congé de maternité : Aucune prestation n'est versée au titre d'une ITT pendant la période légale d'interruption d'activité pré et post-natale des Assurées (articles L. 331-3 et L. 331-4 du Code de la Sécurité sociale). Cette disposition s'applique, par assimilation, aux Assurées non salariées. En revanche, les arrêts maladies liés à une grossesse pathologique sont pris en charge par l'Assureur au titre de la garantie ITT.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur ou du locataire au remboursement de l'opération de crédit garantie.

3.5. La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) et la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

Définition de l'Invalidité Permanente et détermination du taux d'Invalidité

L'appréciation par l'Assureur de l'Invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale et organismes affiliés.

Le médecin expert désigné par l'Assureur fixe le taux contractuel d'invalidité :

- à la date de consolidation, c'est-à-dire au moment de la stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré constaté médicalement, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation,
- ou au plus tard 1 095 jours après le début de l'arrêt de travail.

Ce taux est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie, d'après le guide barème du concours médical de 1982.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

Le tableau ci-dessous indique le taux d'invalidité permanente à retenir résultant de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, calculé selon la formule $\sqrt[3]{a^2 \times b}$ où a est le taux d'invalidité fonctionnelle et b est le taux d'invalidité professionnelle.

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	20,00	26,21	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Légende :



L'Invalidité Permanente n'est pas reconnue si le taux contractuel d'invalidité déterminé d'après le tableau est inférieur à 33 %.



Invalidité Permanente Partielle (IPP) : L'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle si le taux contractuel d'invalidité déterminé d'après le tableau est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %.



Invalidité Permanente Totale (IPT) : L'Assuré est en Invalidité Permanente Totale si le taux contractuel d'invalidité déterminé d'après le tableau présenté ci-dessus est égal ou supérieur à 66 %.

Exemple

L'Assuré qui a une incapacité fonctionnelle évaluée à 40 % et une incapacité professionnelle évaluée à 60 % présente un taux d'invalidité permanente de 45,79 %. Il est donc en Invalidité Permanente Partielle.

Lorsque le taux d'invalidité professionnelle et /ou le taux d'invalidité fonctionnelle sont fixés entre deux dizaines, le taux contractuel d'invalidité reconnu « N » sera déterminé avec la formule indiquée au-dessus du tableau.

Si l'Assuré est atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer une profession quelconque, l'Assureur pourra rembourser le capital restant dû après examen du médecin expert de l'Assureur.

Indemnisation en cas d'Invalidité Permanente

➤ Quelle est la base de calcul de l'indemnité ?

- o Pour les opérations de crédit comportant un remboursement mensuel, les échéances servant de base au calcul des prestations sont établies conformément au tableau d'amortissement en vigueur au moment de la décision du médecin expert sur le taux d'invalidité de l'Assuré. Dans le cadre d'un prêt à taux révisable, l'indemnisation suivra la variation des taux prévue dans le contrat de prêt à la hausse comme à la baisse.
- o Pour les opérations de crédit comportant un remboursement trimestriel, semestriel ou annuel, les échéances servant de base au calcul sont déterminées en divisant les trimestrialités, semestrialités et annuités en mensualités ou loyers égales/aux et échelonné(e)s.

Cette base de calcul sera identique pendant toute la durée de versement des prestations. La prestation est calculée à hauteur de la quotité assurée.

➤ Quel est le montant de la prestation ?

Pour l'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

- o La prestation sera au maximum égale à $(3 N)/2$ % du montant de l'échéance de prêt, multiplié par la quotité assurée (« N » : taux d'invalidité reconnu).

Exemple

Pour un taux d'invalidité permanente reconnu de 50 %, la prestation sera égale à 75 % de l'échéance de prêt. Si l'Assuré a souscrit un prêt auprès de l'organisme prêteur avec une échéance de 1200 € et une quotité de 100 %, il pourra être indemnisé à hauteur de 900 € par mois, dans la limite du montant mentionné dans l'article 3.6.

Pour l'Invalidité Permanente Totale (IPT)

- o Pour les prêts, la prestation sera au maximum égale au montant des échéances (intérêts seuls ou intérêts + amortissements) comme déterminé ci-dessus.
- o Pour les opérations de crédit-bail, la prestation sera au maximum égale au montant des loyers comme déterminé ci-dessus, à l'exclusion de toute valeur résiduelle.

Exemple

Pour un taux d'invalidité permanente reconnu de 66,04 % : si l'Assuré a souscrit un prêt auprès de l'organisme prêteur avec une mensualité de 1200 € et une quotité de 100 %, la prestation mensuelle versée au titre de l'Invalidité Permanente Totale sera égale à 1200 €, dans la limite du montant mentionné dans l'article 3.6.

Dans tous les cas, l'Assureur verse les prestations correspondant aux échéances de remboursement du crédit au prorata temporis du nombre effectif de jours en arrêt de travail.

➤ Quand est versée la prestation ?

La prestation est versée à compter de la date de consolidation de l'état d'invalidité de l'Assuré et démarre au plus tôt à partir du 91^e jour après la date de l'arrêt de travail initial.

A noter

Aucune prestation n'est versée les 90 premiers jours à partir de la date de début de l'arrêt de travail initial.

3.6. Dispositions communes aux garanties ITT, IPP, et IPT

Si les garanties ITT, IPP et IPT sont souscrites, la demande individuelle d'adhésion et le certificat d'adhésion doivent le préciser.

Quel est le montant de la prestation ?

La prestation garantie tient compte de la quotité choisie par l'Assuré sur sa demande individuelle d'adhésion.

La somme mensuelle des prestations versées par l'Assureur, est limitée à 10 000 euros (DIX MILLE EUROS) par Assuré pour l'ensemble des opérations de crédit assurées auprès de KOREGE.

En cas de sinistre(s) atteignant, en même temps, plusieurs Assurés pour une même opération de crédit, le montant total des prestations versées par l'Assureur au cumul des Assurés sera au maximum égal au montant des prestations prévues sur une quotité à 100 %.

La prestation est calculée à partir du tableau d'amortissement ou des éventuels avenants postérieurs.

La prestation garantie est versée en euros.

A noter

Les intérêts générés par une défaillance de l'emprunteur (intérêts de retard générés par des échéances impayées) ne sont pas garantis par le contrat d'assurance.

Cas particuliers pour les prêts à échéances modulables : lorsque le montant de l'échéance a été augmenté à la demande de l'Assuré, la prestation ne sera déterminée à partir de la nouvelle échéance que si l'augmentation est intervenue au moins 90 jours avant le 1er jour d'arrêt de travail.

A noter

Pour l'Assuré résidant ou séjournant hors de France au moment de la réalisation du sinistre : les prestations au titre de ces garanties sont servies uniquement si son état de santé est médicalement constaté en France - les frais de déplacement pour s'y rendre restent à sa charge - ou auprès de tout médecin accrédité auprès de l'Ambassade ou du Consulat de France du pays dans lequel l'Assuré séjourne au moment de la réalisation du sinistre.

En cours de sinistre, toute modification des garanties consécutive à la renégociation de l'opération de crédit, sera soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité/Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur ou du locataire au remboursement de l'opération de crédit garantie.

➤ Quand cesse le service de l'indemnité ITT / IPP / IPT ?

La prestation servie au titre d'une Incapacité/Invalidité cessera d'être due en cas :

- d'expiration de l'opération de crédit,
- de cessation de l'état d'Incapacité/Invalidité considéré,
- de liquidation de la retraite ou de départ en pré-retraite de l'Assuré, quel que soit le motif de la liquidation des droits,
- de la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle sauf si l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle,
- du non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail,
- de changement d'adresse non notifié à l'Assureur ou au CCF, rendant impossible l'exercice du contrôle médical,
- de refus de se soumettre au contrôle médical ou d'y apporter son dossier médical (sauf cas de force majeure),
- d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale sauf, pour raison administrative sous réserve de l'accord du médecin expert de l'Assureur,
- de décès,
- de reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie donnant droit au versement des prestations conformément à l'article 3.2 de la présente notice d'information.

Elle cessera d'être due **la veille du jour du 65^e anniversaire de l'Assuré.**

4. Les risques non couverts par le contrat

4.1. Exclusions communes à toutes les garanties (Décès, PTIA, ITT, IPP et IPT)

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- les accidents ou maladies, leurs suites, conséquences, rechutes et récurrences dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties qui n'auraient pas été déclarées par l'Assuré lors de l'adhésion ou dont l'exclusion a été notifiée par écrit à l'Adhérent ou à l'Assuré et signée par celui-ci dans les conditions particulières d'assurance. Cette exclusion ne s'applique pas si l'adhésion s'est effectuée sans formalité médicale (questionnaire de santé ou rapport médical). Elle ne s'applique pas non plus si la maladie ou l'accident a été déclaré et accepté par l'Assureur ou bien si la maladie entre dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention AERAS) ;
- les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres. Ces effets sont pris en charge en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient ;
- la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques (hormis produits ménagers dans le cadre d'une utilisation domestique) sauf déclarée et acceptée lors des adhésions soumises au rapport médical ;
- les accidents et maladies occasionnés par la navigation aérienne si l'appareil et/ou le pilote est ou sont en situation irrégulière ;
- les accidents et maladies occasionnés par la pratique par l'Assuré de sports aériens et/ou utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters). Le deltaplane, l'ULM, le parapente et le parachutisme sont couverts s'ils sont pratiqués dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un professionnel habilité ;
- les maladies et accidents occasionnés par la pratique par l'Assuré de paris, de défis ou tentatives de records, de sports extrêmes : base jump, sky flying, wingsuit, rooftopping et d'essais de matériel non homologué ;
- les accidents consécutifs à la participation par l'Assuré à des compétitions, démonstrations, tentatives de record, raids, acrobaties, rallyes de vitesse, nécessitant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur ;
- les accidents et maladies occasionnés par la pratique par l'Assuré d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, y compris véhicule de loisir (quad, kart) sauf si l'activité est encadrée par un professionnel habilité et est pratiquée à titre occasionnel ;
- les accidents et maladies résultant d'un acte intentionnel de l'Assuré, ou accompli avec sa complicité, dans le but d'attenter à son intégrité physique ou de porter atteinte aux biens ou aux personnes ;
- les accidents et maladies occasionnés par un acte de guerre civile ou étrangère, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, une émeute ou un mouvement populaire, lorsque l'Assuré prend une part active à l'un de ces événements (l'exclusion ne s'applique pas lorsque l'Assuré prend une part active à une émeute ou un mouvement populaire dans le cadre de son activité professionnelle notamment les militaires, policiers, gendarmes, services de sécurité) ;
- les accidents et maladies résultant de l'usage par l'Assuré de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement ;
- les accidents et maladies occasionnés par l'ivresse (état attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal) ou par l'alcoolisme de l'Assuré ;
- les accidents et maladies faisant suite au 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.

4.2. Exclusions spécifiques applicables aux garanties PTIA, ITT, IPP et IPT

Sont exclus de ces garanties :

- les arrêts de travail, incapacités de travail et leur consolidation en invalidité (IPP, IPT ou PTIA), ainsi que les invalidités (IPP, IPT ou PTIA reconnues médicalement) en cours à la date d'adhésion au présent contrat.

4.3.Exclusion spécifique applicable à la garantie Décès

N'est pas pris en charge au titre de la garantie Décès : le suicide, lorsqu'il survient dans la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret, visé par l'article L. 132-7 du Code des assurances, en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré.

4.4.Exclusions spécifiques applicables aux garanties ITT/IPP/IPT

Sont exclues des garanties ITT/IPP/IPT les suites et conséquences :

- d'une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, sauf si une hospitalisation de plus de 9 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail ou si de ce fait l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle ;
- des accidents ou maladies occasionnés par la pratique de tout sport réalisé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré ;
- d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervicobrachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cet arrêt de travail ;
- des arrêts de travail correspondant au congé légal de maternité ou la période assimilée pour les non-salariés. La garantie reste acquise en cas de grossesse pathologique.

L'ADHESION

5. Les modalités d'adhésion

5.1. Les personnes et prêts éligibles au contrat

Adhérent	L'Adhérent doit être : - une personne physique ayant 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. - une personne morale immatriculée en France.
Prêts assurables	L'Adhérent doit souscrire un prêt auprès du CCF ou de tout autre Organisme prêteur, libellé en euros : prêt immobilier, prêt personnel, prêt professionnel, un découvert ou un crédit-bail. Pour l'option 1 : tous les prêts (immobiliers, personnels, professionnels ou découverts), crédits-bails peuvent être assurés avec cette option, le découvert étant assurable jusqu'à 150 000 € uniquement. Pour l'option 2 : tous les prêts (immobiliers, personnels et professionnels), crédits-bails peuvent être assurés avec cette option, hormis les prêts indiqués ci-dessous. Le découvert, les prêts relais et les prêts in fine sont assurables uniquement en option 1 (décès, PTIA).
Personne à assurer	La personne à assurer peut être : emprunteur, co-emprunteur, locataire, caution d'une personne physique, dirigeant et/ou associé et/ou caution d'une personne morale (à l'exclusion des collectivités publiques), la personne morale étant l'emprunteur. La personne à assurer doit être âgée au minimum de 18 ans au moment de l'adhésion. La personne à assurer doit être une personne physique ayant 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, la personne à assurer doit être de nationalité française. La personne à assurer dont la résidence principale se situe, lors de l'adhésion, hors de France mais dans un pays listé ci-dessus peut adhérer uniquement à l'option 1 (décès, PTIA). Pour la garantie décès : la personne à assurer doit être âgée de 69 ans maximum au 31 décembre de l'année d'adhésion. Pour les garanties PTIA, ITT, IPP et IPT : la personne à assurer doit être âgée de 64 ans maximum au 31 décembre de l'adhésion. A noter : pour le découvert, la personne à assurer doit être âgée de 64 ans maximum au 31 décembre de l'adhésion. La personne à assurer doit également être en activité professionnelle à la date de demande d'adhésion et jusqu'à la date d'acceptation de l'Assureur. Par exception, les demandeurs d'emploi (inscrits à France Travail) et les personnes en vacance temporaire d'emploi au moment de la demande d'adhésion peuvent être candidats à l'option 2. <i>Vacance temporaire d'emploi : ce terme désigne les personnes en congé parental, en congé sabbatique, au sens de l'article L.3142-28 du Code du travail, et les intermittents du spectacle.</i> Les sportifs professionnels peuvent être candidats uniquement à l'option 1 (Décès, PTIA). <u>Cas particulier des crédits étudiant d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros:</u> l'emprunteur doit être âgé de moins de 29 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

5.2. Les formalités d'admission

Chaque personne à assurer (et l'Adhérent lorsqu'il est distinct de l'Assuré) doit compléter, dater et signer une demande individuelle d'adhésion par laquelle elle donne son consentement à l'assurance.

L'assurance repose sur la tête de chaque personne à assurer selon la quotité choisie par chacun sur la demande individuelle d'adhésion. Pour chaque Assuré, la quotité est au maximum égale à 100 % du montant du prêt.

La quotité d'assurance retenue s'applique à l'ensemble des garanties couvertes.

Exemples

M et Mme contractent un prêt commun et s'assurent à 50 % chacun : après le décès de l'un avec prise en charge par l'Assureur, le conjoint survivant aura encore à sa charge 50 % du capital restant dû sur le prêt au jour du décès.

M et Mme contractent un prêt commun et s'assurent à 100 % chacun : après le décès de l'un avec prise en charge par l'Assureur, le conjoint survivant n'aura plus aucune charge de prêt à payer, le prêt sera entièrement remboursé par l'Assureur.

L'Adhérent et la personne à assurer doivent ensuite satisfaire aux formalités contractuelles de l'adhésion. Ces formalités dépendent de l'âge de la personne à assurer à l'adhésion (calculé par différence de millésimes), du capital assuré, de la nature de l'opération de crédit et éventuellement du montant de l'encours déjà assuré par l'Assureur et/ou à assurer.

En cas de formalités médicales, la personne à assurer peut se faire assister par le médecin de son choix.

A noter

Différence de millésimes = année d'adhésion – année de naissance

L'Assureur peut également être amené à prendre en compte des éléments complémentaires.

L'Adhérent et la personne à assurer peuvent être amenés à se soumettre à des formalités financières lorsque les encours assurés et/ou à assurer sont supérieurs à 2 000 000 d'euros.

Dans le cas où l'Assuré a rempli le questionnaire de santé, son dossier médical sera examiné par le médecin expert de l'Assureur. Ce dernier pourra alors :

- soit accorder l'assurance aux conditions normales,
- soit accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée (surprime) et/ou formuler des restrictions de garantie(s),
- soit demander des renseignements complémentaires,
- soit refuser purement et simplement l'admission de la personne concernée.

Les personnes dont l'adhésion est acceptée dans des conditions restrictives (exclusion de risques ou limitation de garanties) ou avec surprime, devront, pour être assurées, communiquer par écrit leur accord sur les conditions qui leur ont été proposées.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances :

Article L. 113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur,

alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Article L. 113-9 : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

A noter

Toute fausse déclaration intentionnelle, même si elle n'est pas directement liée au sinistre aura pour conséquence la non prise en charge du sinistre par l'Assureur.

Toute modification de l'état de santé de la personne à assurer intervenant entre la date de la demande individuelle d'adhésion et l'acceptation de l'Assureur devra être déclarée et pourra nécessiter le renouvellement des formalités d'admission sous peine de nullité de l'Assurance en cas de mauvaise foi établie (article L.113-8 du Code des assurances).

Conformément à la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, les dossiers refusés sont soumis à un dispositif dit de « 2^e niveau » permettant le réexamen individualisé du dossier.

Dans le cas où ce dispositif refuserait la demande à l'assurance, le dossier sera transmis pour nouvel examen à un pool de risques très aggravés. Ce pool traite les demandes d'assurance relatives aux opérations de prêts d'au plus 420 000 euros (montant en vigueur au 01/10/2022 dans la Convention AERAS) sans tenir compte des crédits relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale.

Dans les autres cas de prêts immobiliers et de prêts professionnels, le pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 420 000 euros. Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers et professionnels, la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

Ce pool pourra soit proposer une solution personnalisée, soit refuser le dossier. Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site officiel.

Dans le cadre de la convention AERAS, une garantie invalidité spécifique peut vous être proposée. Si vous bénéficiez des conditions d'accès à l'assurance prévues par la convention AERAS, un document complémentaire décrivant l'étendue de la garantie invalidité vous sera remis.

A partir de la date d'effet des garanties toute personne admise à l'Assurance est appelée « Assuré ».

A noter

Pour les prêts, après acceptation par l'Assureur, l'acceptation de l'offre de crédit ou la signature de l'acte de crédit devra intervenir dans un délai de 6 mois. Pour les opérations de crédit-bail, après acceptation par l'Assureur, la réception du matériel financé devra intervenir dans un délai de 6 mois.

Dans le cas contraire, la personne admissible serait tenue de se soumettre à nouveau à toutes les formalités d'admission.

L'acceptation définitive du risque par l'Assureur est matérialisée par l'émission d'un document intitulé attestation d'assurance / certificat d'adhésion qui reprend les conditions d'acceptation par l'Assureur.

6. Les bénéficiaires des garanties

6.1. Pour les garanties Décès et PTIA

L'Organisme prêteur est désigné bénéficiaire irrévocable des capitaux garantis à concurrence des sommes lui restant dues, au jour du sinistre.

Cas particuliers pour le décès :

Pour la garantie temporaire décès provisoire évoquée à l'article 3.1, les bénéficiaires des capitaux garantis sont :

- si l'emprunteur est une personne physique : le conjoint marié de l'Assuré non séparé de corps judiciairement ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité, à défaut, les enfants de l'Assuré nés ou à naître à parts égales, vivants ou représentés, à défaut, les héritiers de l'Assuré,
- si l'emprunteur ou le locataire est une personne morale : la personne morale adhérente ou le locataire.

Pour le découvert, le solde éventuel des capitaux revient :

- si l'emprunteur est une personne physique : au conjoint marié de l'Assuré non séparé de corps judiciairement ou au partenaire de Pacte Civil de Solidarité, à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître à parts égales, vivants ou représentés, à défaut, aux héritiers de l'Assuré.
- Si l'emprunteur est une personne morale : à la personne morale adhérente.

Pour les prêts à déblocages successifs, si au jour du sinistre le montant du prêt n'est pas entièrement débloqué, le solde des capitaux revient :

- si l'emprunteur est une personne physique : au conjoint marié de l'Assuré non séparé de corps judiciairement ou le partenaire de Pacte Civil de Solidarité, à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître à parts égales, vivants ou représentés, à défaut, aux héritiers de l'Assuré,
- si l'emprunteur ou le locataire est une personne morale : à la personne morale adhérente ou au locataire.

Sur demande écrite, datée et signée, l'Adhérent a la faculté de modifier, avec l'accord de l'Assuré (si l'Adhérent est différent de l'Assuré), dans les conditions des articles L.132-8 et L.132-9 du Code des assurances, le ou les bénéficiaires, ci-dessus désignés, du solde éventuel de la prestation garantie en cas de Décès.

La désignation peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Dans ce dernier cas, l'Adhérent peut indiquer à l'Assureur les coordonnées du notaire concerné. L'Adhérent doit en informer Kereis France par courrier.

L'Assureur informera le(s) bénéficiaire(s) de sa(leur) désignation au moment de l'exigibilité du capital.

Lorsque le bénéficiaire du capital décès est une personne physique, la part des capitaux décès lui revenant est revalorisée dans les conditions fixées 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.132-3-1DU Code des assurances, à savoir au taux légal 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 1^{er} novembre de l'année précédente,
- ◆ le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Ces dispositions ne s'appliquent pas en cas de PTIA, ITT, IPT, IPP et GIS.

- ◆ 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'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Cas particuliers pour la garantie PTIA :

Pour le découvert et pour les prêts à déblocages successifs, si au jour du sinistre, le montant du prêt n'est pas entièrement débloqué, le solde éventuel des capitaux revient à l'Adhérent.

6.2. Pour les garanties ITT, IPP et IPT

Les prestations sont versées directement à l'Adhérent, à charge pour lui de les affecter au remboursement du crédit auprès de l'Organisme prêteur.

7. Effet des garanties et durée de l'adhésion

7.1. Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour la durée du prêt et cesse en tout état de cause la veille du 75^e anniversaire de l'Assuré, sauf en cas de résiliation dans les conditions de l'article 7.3.4.

Cas particulier : pour le découvert, la durée d'adhésion est de 10 ans maximum à compter de la date d'acceptation de l'Assureur.

7.2. Début de l'adhésion et des couvertures

Sous réserve de l'acceptation de l'Assureur et du paiement de la prime, l'adhésion et les garanties prennent effet, selon le type de prêt :

- Pour les prêts à la consommation régis par les articles L.312-1 et suivants du Code de la consommation : à la date d'expiration du dernier délai légal de rétractation dont disposent l'emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions.
- Pour les prêts immobiliers régis par les articles L.313-1 et suivants du Code de la consommation : à la date de la dernière des acceptations de l'offre de prêt ou son avenant par l'emprunteur, les co-emprunteurs et les cautions.
- Pour les opérations de crédit-bail : à la date de signature du procès-verbal de réception du matériel financé.
- Pour les autres types de prêts : à la date de l'engagement de l'Organisme prêteur ou à la date de signature du contrat de prêt.

Toutefois, pour le risque de décès résultant d'un accident, il existe une garantie temporaire (voir article 3.1) dès la signature par la personne à assurer de la demande d'adhésion.

La date d'effet des garanties est indiquée sur le certificat d'adhésion.

7.3. Fin de l'adhésion et des garanties

7.3.1. Pour la garantie Décès

La garantie Décès cesse en tout état de cause :

- **La veille du jour du 75^e anniversaire** de l'Assuré, sauf cas particuliers :

- Pour l'Assuré admis au 3^e niveau, selon les définitions de la convention AERAS, la garantie cesse **la veille du jour de son 71^e anniversaire**,
- Pour l'Assuré ayant souscrit un découvert, la garantie cesse **la veille du jour de son 65^e anniversaire**.

7.3.2. Pour les autres garanties : PTIA, ITT, IPP et IPT

Les garanties PTIA, ITT, IPP et IPT cessent en tout état de cause :

- **La veille du jour du 65^e anniversaire** de l'Assuré pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- **La veille du jour du 65^e anniversaire** de l'Assuré pour les garanties Incapacité Temporaire Totale – Invalidité Permanente Partielle ou Totale, ou lors du départ à la retraite ou mise en préretraite de l'Assuré.

7.3.3. Pour l'ensemble des garanties

Toutes les garanties prennent fin :

- au remboursement total de l'opération de crédit (soit à l'échéance finale, soit par anticipation),
- en cas d'exigibilité du prêt avant le terme prévu (y compris en raison de la défaillance de l'emprunteur),
- au jour du règlement par l'Assureur du capital prévu en cas de Décès ou de Perte Totale Irréversible d'Autonomie de l'Assuré,
- au jour de la mise en place d'un plan conventionnel de redressement par la Commission de surendettement des particuliers (art. L. 711-1 et suivants du Code de la consommation), sauf en cas de maintien de l'assurance prévu par le plan,
- en cas de changement d'Assuré en cours du contrat,
- en cas de résiliation du contrat selon les modalités prévues à l'article 7.3.4 de la présente notice,
- en cas de nullité du contrat selon les conditions prévues à l'article 7.3.4 de la présente notice.

Cas particuliers : pour les autorisations de découvert, toutes les garanties prennent également fin au terme d'un délai de 10 ans à compter de la date d'acceptation par l'Assureur. Elles cessent en tout état de cause la veille du jour du 65^e anniversaire de l'Assuré.

7.3.4. Résiliation et nullité du contrat

Résiliation du contrat par l'Assuré

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit mentionné à l'alinéa 1^o de l'article L. 313-1 du Code de la consommation :

L'Assuré a la possibilité de résilier son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt immobilier en notifiant à l'Assureur (ou son représentant) sa demande de résiliation. Cette demande de résiliation doit être effectuée selon les modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Le destinataire confirmera par écrit la réception de la notification.

L'Assuré doit également notifier à l'Assureur par l'envoi d'une lettre recommandée la décision de l'Organisme prêteur ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par l'Organisme prêteur.

La résiliation du contrat prend effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par l'Organisme prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1^o de l'article 313-1 du Code de la consommation :

L'Assuré peut résilier son adhésion au contrat d'assurance à chaque date anniversaire de signature du contrat de prêt, moyennant un préavis de 2 mois avant cette date (le cachet de la poste faisant foi lorsque la résiliation est exercée par courrier).

La résiliation prend effet à la date anniversaire (0 heure) de l'adhésion, qui suit la notification de la résiliation par l'Assuré.

L'Assuré doit exercer sa demande de résiliation selon les modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances. Le destinataire confirmera par écrit la réception de la notification.

Résiliation du contrat par l'Assureur

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit mentionné à l'alinéa 1^o de l'article L. 313-1 du Code de la consommation :

L'Assureur a la possibilité de résilier le contrat en cas de défaut de paiement de la cotisation d'assurance conformément aux dispositions de l'article L. 113-3 du Code des assurances.

Pour les contrats d'assurance ayant pour objet de couvrir un contrat de crédit autre que ceux mentionnés à l'alinéa 1^o de l'article L. 313-1 du Code de la consommation :

L'Assureur a la possibilité de résilier le contrat en cas de défaut de paiement de la cotisation d'assurance conformément aux dispositions de l'article L. 113-3 du Code des assurances.

L'Assureur peut également résilier le contrat d'assurance à chaque date anniversaire de signature de l'offre de prêt, moyennant un préavis de 2 mois avant cette date (le cachet de la poste faisant foi lorsque la résiliation est exercée par courrier).

La résiliation prend effet à la date anniversaire (0 heure) de l'adhésion, qui suit la notification de la résiliation par l'Assureur.

Les cas de nullité du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est frappé de nullité :

- **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du risque de la part de l'Assuré. Cela entraîne la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.**
- **En cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur.**

7.4. Faculté de renonciation

A compter de la date où l'Adhèrent/Assuré est informé que le contrat est conclu, il dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion et être intégralement remboursé. Le point de départ de ce délai est, le cas échéant, reporté à la réception par l'Adhèrent/Assuré des conditions et informations contractuelles prévues par la loi si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment.

Si l'Adhèrent souhaite renoncer au contrat, il adressera à Kereis France – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9, une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« *Exerçant le droit de renonciation à mon adhésion au contrat KOREGE Garanties Emprunteur N° 001/900/32, je vous prie de bien vouloir procéder à la restitution des primes éventuellement déjà versées. Date et signature.* »

Les garanties cessent de s'exercer à compter de la date de réception de la lettre recommandée et l'Assureur restituera la totalité des primes éventuellement déjà versées dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de cette lettre. Si des prestations ont été versées, l'Adhèrent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

8. Paiement des cotisations

8.1. Montant des cotisations

Le prélèvement des cotisations commence dès que le contrat de l'opération de crédit est réputé définitif et à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion.

Le contrat de prêt est réputé définitif dès la levée des conditions suspensives et résolutoires prévues par ce contrat même en dehors de tout déblocage de fonds.

Le contrat de crédit-bail est réputé définitif dès la signature du procès-verbal de réception du matériel financé.

En cas de mise en jeu des garanties ITT, IPP et IPT, le versement des prestations n'interrompt pas le prélèvement des cotisations.

Comment est calculée la cotisation ?

Le taux de cotisation est déterminé en fonction de :

- l'âge atteint par l'Assuré au 31 décembre suivant la date de signature de la demande d'adhésion (calculé par différence de millésimes),
- la quotité choisie,
- des garanties sélectionnées,
- et d'éventuelles surprimes suite à la décision de l'Assureur.

Le coût de l'assurance est indiqué dans le certificat d'adhésion à l'assurance et dans le contrat de prêt ou dans l'offre de crédit.

En cas de cessation des garanties Incapacité/Invalidité d'une personne assurée en option 2, le taux de cotisation reste identique. En effet, la prime correspondant à cette option est lissée sur toute la durée du contrat d'assurance.

Prêts immobiliers et prêts personnels d'un montant supérieur à 150 000 euros :

- la prime est calculée à chaque échéance de crédit en appliquant un taux de cotisation sur le capital restant dû.

Cas particuliers : pour les prêts mis en place mais pas encore débloqués (prêts à déblocages successifs : prêts VEFA, prêts travaux), la prime est calculée sur le capital emprunté selon la périodicité choisie par l'Emprunteur pendant toute la durée des déblocages. A l'issue du dernier déblocage, la prime est calculée sur le capital restant dû.

Dans le cadre de la Convention AERAS, la prime peut être calculée en appliquant un taux de cotisation sur le capital initial.

En tout état de cause, le tarif applicable est indiqué dans le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent. Le taux de cotisation, hors taxe, est garanti pendant toute la durée du contrat, en l'absence de modification des caractéristiques de l'assurance et du prêt.

En cas de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, l'assiette de cotisation sera réduite du montant du remboursement anticipé.

Pour les prêts professionnels, prêts personnels d'un montant inférieur ou égal à 150 000 Euros, prêts étudiants et découverts :

- la prime est calculée en appliquant un taux de cotisation sur le capital initial.

Pour les opérations de crédit-bail :

- la prime est calculée en appliquant un taux de cotisation sur la valeur conventionnelle d'assurance définie dans le contrat de crédit-bail.

8.2. Modalités de paiement

La cotisation est payable d'avance, le 1^{er} du mois, selon une périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle choisie à l'adhésion. La première cotisation est payable le 1^{er} du mois suivant la date de prise d'effet du contrat. Elle inclut la cotisation au titre de la période entre la date de prise d'effet et le 1^{er} du mois suivant.

La première cotisation est due même en cas de décès de l'Assuré. Le paiement des cotisations s'effectue en euros, par prélèvement automatique par Kereis France.

8.3. Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation d'assurance dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre lui demandant de régulariser sa cotisation.

Sans action de sa part dans les 10 jours qui suivent, l'Assureur adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, que si à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de cette lettre (ou 120 jours en cas de mise en place d'un plan conventionnel de redressement par la Commission de surendettement des particuliers), la cotisation ou fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard, le contrat sera résilié.

En tout état de cause, l'Assureur avisera l'Organisme prêteur du défaut de paiement de la cotisation d'assurance et de la cessation subséquente des garanties. Dans le cas où les garanties du contrat seraient mises en jeu pendant ce délai de 40 jours (ou 130 jours), la garantie est maintenue mais l'Assureur pourra retenir le paiement de la cotisation d'assurance non payée sur le montant du capital ou de la prestation à payer.

LA VIE DU CONTRAT

9. Modifications de l'assurance pendant la durée du crédit

L'Assuré devra se soumettre à nouveau aux formalités d'admission (cf. article 5.2) dans les cas suivants :

- Lorsque l'Assuré bénéficiait des garanties de l'option 1 et qu'il souhaite bénéficier des garanties de l'option 2,
- Si la demande individuelle d'adhésion a été signée par l'Adhérent il y a moins de 6 mois et que le prêt n'a pas encore été décaissé ou que le matériel financé n'a pas encore été réceptionné et qu'une des 3 conditions suivantes est vérifiée :
 - o augmentation du montant du prêt ou du crédit-bail ou de la quotité assurée entraînant une augmentation supérieure à 15 % du capital assuré à l'origine,
 - o ou allongement de plus de 5 ans de la durée initiale du prêt,
 - o ou allongement de plus de 6 mois de la durée initiale de l'opération de crédit-bail.
- Si l'opération de crédit est en cours (prêt débloqué) et qu'une des 3 conditions suivantes est vérifiée :
 - o augmentation du montant assuré ou de la quotité assurée,
 - o ou allongement de plus de 5 ans de la durée initiale du prêt,
 - o ou allongement de plus de 6 mois de la durée initiale de l'opération de crédit-bail.

L'Assuré demeure garanti aux conditions précédemment accordées jusqu'à la date d'acceptation de l'Assureur des modifications de l'adhésion.

Les autres cas de modification du risque assuré ne généreront pas de nouvelles formalités d'admission, notamment dans les cas suivants :

- Lorsque l'Assuré bénéficiait des garanties de l'option 2 et qu'il souhaite bénéficier des garanties de l'option 1,
- Pour les prêts à échéances modulables, les cas d'aménagement de crédit tels que prévus initialement dans l'offre de crédit.

En cours de sinistre, toute modification des garanties consécutive à la renégociation de l'opération de crédit sera soumise à l'accord préalable de l'Assureur.

10. Territorialité des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, les prestations au titre des garanties PTIA, ITT, IPP et IPT sont servies uniquement si l'état de santé est médicalement constaté par l'Assureur en France (les frais de déplacement pour s'y rendre restant à la charge de l'Assuré) ou auprès de tout médecin accrédité auprès de l'Ambassade ou du Consulat de France du pays dans lequel l'Assuré séjourne au moment de la réalisation du sinistre, sur la base des pièces justificatives demandées par l'Assureur et éventuellement d'une expertise médicale mandatée par l'Assureur.

LES SINISTRES

11. Délai pour déclarer un sinistre

Tout évènement susceptible de mettre en jeu une des garanties doit être déclaré dans les six mois suivant sa survenance. En cas de déclaration au-delà de ce délai, les sinistres ne seront pas garantis dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

12. Les formalités à accomplir

Tout évènement susceptible de mettre en jeu les garanties peut être déclaré à Kereis France par courrier à : Kereis France – Groupe G14ECA – CS 20008 – 44967 Nantes Cedex 9 ou par téléphone : 0 969 368 961

A noter

En cas de décès ou d'ITT, il est possible de déclarer l'évènement sur l'espace Assuré assure.kereisfrance.com

Une fois l'évènement déclaré, Kereis indiquera la démarche à suivre et les pièces à fournir et transmettra les documents nécessaires au traitement du dossier.

13. Les justificatifs à fournir pour la mise en jeu des garanties

La demande de mise en jeu des garanties, accompagnée des documents listés ci-après pour chaque garantie, devra être adressée à Kereis France à l'adresse suivante : Kereis France – Groupe G14ECA – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 ou sur l'espace assuré assure.kereisfrance.com.

Les documents médicaux pourront être adressés, sous pli confidentiel, au Médecin expert de l'Assureur, à cette même adresse.

L'Assureur se réserve le droit, le cas échéant, de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier.

Les pièces suivantes devront être fournies :

En cas de Décès :

- original de l'acte de décès,
- certificat médical, sur formulaire de l'Assureur,
- extrait kbis pour les personnes morales.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- certificat médical sur formulaire de 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, ET
- Pour les assujettis à la Sécurité sociale : notification de la reconnaissance d'une invalidité de 3^e catégorie par la Sécurité sociale.
- 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.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- certificat médical, sur formulaire de l'Assureur,
- décomptes des prestations journalières délivrés par la Sécurité sociale ou autres organismes,
- avis d'arrêt de travail et de prolongation établis par le médecin traitant.

Pour toutes les garanties, si le sinistre est occasionné par un accident : toutes pièces établissant que le décès résulte d'un accident (procès-verbal ou rapport de police ou de gendarmerie, coupure de presse).

Ces pièces doivent être adressées à partir du 61^e jour d'arrêt de travail et avant le 180^e jour d'arrêt de travail. Passé ce délai, l'Assureur se réserve le droit de prononcer la déchéance du terme en cas de préjudice et dans ce cas, il ne règle que les sommes dues à compter de la date de réception des pièces, dans la mesure où les délais de prescription légaux (articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances) n'ont pas été atteints.

Par la suite, devront être adressés les certificats de prolongation d'arrêt de travail et les décomptes des prestations journalières dès expiration des précédents.

A partir de la reconnaissance de l'Invalidité Permanente, l'Assuré devra transmettre :

- la notification de la reconnaissance par la Sécurité sociale d'une invalidité correspondant à la définition de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle,
- à défaut, pour les personnes non assujetties à la Sécurité sociale, un certificat du médecin traitant indiquant de manière exacte l'importance de l'Invalidité Permanente reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette invalidité peut être considérée comme définitive.

Puis, la poursuite de l'état d'Invalidité Permanente devra être justifiée à l'Assureur par l'envoi régulier du décompte ou du justificatif de paiement de la pension d'invalidité allouée de la Sécurité sociale ou de certificats médicaux. Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex-Cotorep) ne permettent pas de justifier un état d'Invalidité Permanente.

14. Contrôle médical

Pour la mise en jeu des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail ou Invalidité Permanente Totale ou Partielle, 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 fournis.

Lorsque l'Assureur procède à un contrôle médical, la prise en charge pourra être suspendue jusqu'aux conclusions du médecin expert de l'Assureur, qui décide alors de la poursuite éventuelle de cette prise en charge.

L'Assureur aura la possibilité de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés. Il peut à cet effet faire effectuer une contre-visite, à ses frais, par un de ses médecins, à l'Assuré en Incapacité ou en Invalidité ; si l'Assuré le désire, cette contre-visite pourra avoir lieu en présence de son médecin traitant et à ses frais. L'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de résidence afin de permettre la contre-visite.

En cas de refus de l'Assuré, celui-ci peut être mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et celui de l'Assureur, les parties auront la possibilité de signer une convention par laquelle elles décident de soumettre le désaccord à un arbitre.

Cette convention doit prévoir que l'arbitre est désigné par les médecins susvisés et que ses frais et honoraires sont supportés pour moitié par chacune des parties. Faute d'entente sur le choix de l'arbitre, la désignation sera faite par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.

A noter

Pour l'Assuré résidant ou séjournant hors de France au moment de la réalisation du sinistre : les prestations au titre de cette garantie sont servies uniquement si son état de santé est médicalement constaté en France - les frais de déplacement pour s'y rendre restant à sa charge - ou auprès de tout médecin accrédité auprès de l'Ambassade ou du Consulat de France du pays dans lequel l'Assuré séjourne au moment de la réalisation du sinistre.

LES AUTRES INFORMATIONS

15. Réclamations Médiation

En cas de réclamation, toute personne peut adresser une demande écrite à Kereis France à l'adresse suivante : Kereis France - Service réclamations – CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 (tél : 0 969 368 934). Kereis France 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 ne lui semble pas suffisante ou adaptée, le réclamant a la possibilité de demander l'avis neutre et indépendant de 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. Le médiateur peut, en tout état de cause être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

Indépendamment des niveaux de traitement définis ci-dessus, l'Assuré conserve la possibilité de saisir les Tribunaux à tout moment en cas de litige.

16. 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.

17. Le délai de prescription

Le délai de prescription est un délai au-delà duquel il n'est plus possible, tant pour l'Adhérent ou l'Assuré 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'adhérent, 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 provoquée, 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 (article 2240 du 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 (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du 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 (article 2245 du 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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
- 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 (article 2234 du 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 (article 2235 du code civil) ;
- entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité (article 2236 du Code civil), contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession (article 2237 du 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 (article 2238 du Code civil) ;
- à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative (article 2238 du 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 (article 2239 du Code civil).

18. La responsabilité fiscale

Il appartient à l'Adhérent/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'Adhérent/Assuré des implications fiscales qui dépendent de plusieurs facteurs dont, sans toutefois s'y limiter, le lieu du domicile, le lieu d'établissement de l'entité ou son lieu de constitution, sa nationalité.

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

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

19. 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 ses données personnelles, l'Adhérent/Assuré peut 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.

20. 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".

20.1. Durée de validité des informations fournies

Les informations sont valables 15 jours à compter de leur date de réception. Au-delà de cette durée, l'Adhérent est invité à demander à son conseiller un nouveau dossier d'adhésion.

20.2. Modalités d'adhésion au contrat

Pour adhérer, l'Adhérent / Assuré doit prendre connaissance de l'ensemble de la documentation précontractuelle et contractuelle du dossier d'adhésion qui lui a été adressé soit par papier soit sur support durable, puis renvoyer les documents listés dûment complétés, datés et signés, à l'adresse qui lui aura été communiquée. Les informations relatives à son état de santé doivent être insérées dans une enveloppe séparée, libellée au nom du Médecin expert de l'Assureur.

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

Du fait de l'utilisation de la technique de commercialisation à distance, l'Adhérent / Assuré est susceptible de payer des frais de communication (connexion Internet à son fournisseur par exemple ou à son opérateur téléphonique).

S'agissant des frais supportés par son adhésion, l'utilisation de la technique de commercialisation à distance n'entraîne pas de facturation supplémentaire.

21. Langue utilisée

L'ensemble des documents contractuels est rédigé en français. Si l'Adhérent / Assuré est 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 l'Assureur. A défaut, l'Adhérent / Assuré est invité à contacter son conseiller.

22. Loi applicable

La loi applicable tant durant les relations précontractuelles que contractuelle est la loi française.

23. Existence d'un fonds de garantie

Le Code des assurances prévoit l'existence d'un fonds de garantie auquel adhèrent les entreprises d'assurance agréées en France et destiné à préserver les droits de leurs Assurés et des souscripteurs adhérents et bénéficiaires de leurs contrats d'assurance-vie (article L.423-1 du Code des assurances).

