



SÉRÉNITÉ
EMPRUNTEUR

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE N°2255

NOTICE

(JUN 2022 - RÉF. 5422-1)

VIE PLUS 

Partenaire et tellement plus

SOMMAIRE

1.	QUE COUVRE LE CONTRAT SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR ?	3
1.1	OBJET DU CONTRAT	3
1.2	GARANTIES ET PRESTATIONS ASSOCIÉES	3
1.2.1	Définitions des garanties	3
1.2.2	Prestations en cas de sinistre	4
1.2.3	En cas de rechute	5
1.2.4	Limites des prestations	5
1.2.5	Territorialité des garanties	6
1.3	EXCLUSIONS - CE QUE LE CONTRAT NE COUVRE PAS	6
1.4	FORMULES DE GARANTIES PROPOSÉES	8
1.4.1	Formules de garanties	8
1.4.2	Option Dos et Psy	8
2.	L'ADHÉSION AU CONTRAT SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR	9
2.1	CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION	9
2.1.1	Conditions d'adhésion	9
2.1.2	Formalités d'adhésion	9
2.2	DURÉE DES GARANTIES	9
2.2.1	Prise d'effet des garanties	9
2.2.2	Cessation des garanties	10
2.3	COTISATION	10
2.3.1	Paiement de la cotisation	10
2.3.2	Exonération des cotisations	10
2.4	MODIFICATION ET RÉSILIATION DU CONTRAT	10
2.4.1	Modification des garanties et des risques	10
2.4.2	Résiliation du contrat	11
2.5	RENONCIATION	11
3.	FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE	12
3.1	DÉCLARATION ET PIÈCES À FOURNIR	12
3.2	EXPERTISE MÉDICALE ET CONTRÔLE	12
4.	AUTRES DISPOSITIONS	13
4.1	LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE	13
4.2	FONDS DE GARANTIE DES ASSURANCES DE PERSONNES	13
4.3	INFORMATIONS FOURNIES	13
4.4	RÉCLAMATIONS	13
4.5	PRESCRIPTION	13
4.6	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT	13
4.7	TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	14
5.	ANNEXES À LA NOTICE SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR	16
5.1	GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES POUR LES PRÊTS PERSONNELS OU PRÊTS A LA CONSOMMATION	16
5.2	GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES POUR LES AUTRES TYPES DE PRÊTS	17

PRÉAMBULE

Sérénité Emprunteur est un contrat d'assurance de groupe n° 2255 souscrit auprès de l'**assureur** Suravenir, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 1 175 000 000 €. Société mixte régie par le Code des assurances. Siren 330 033 127 RCS Brest. Siège social : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, par l'**association** Synergie Épargne Retraite Prévoyance (SEREP) dont le siège est situé 19, rue Romain Desfossés - 29200 Brest, au profit de ses adhérents.

Le **gestionnaire** du contrat Sérénité Emprunteur est, par délégation de l'assureur, la société Digital Insure Services, société de courtage d'assurance et de réassurance, SAS au capital de 120 590 € dont le siège social est situé au 38, rue la Condamine - 75017 Paris et immatriculée sous le numéro 815 028 162 au RCS de Paris. N° Orias 16000192.

Suravenir et Digital Insure Services sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 9.

Le contrat est souscrit par la SEREP pour une période d'un an renouvelable par tacite reconduction. L'adhésion à ce contrat est réservée aux personnes membres de l'association SEREP.

Ce contrat est régi par le Code des assurances, et relève des branches 1, 2 et 20 (*accident, maladie, vie-décès*). Pour les crédits professionnels, ce contrat d'assurance de groupe, et notamment les droits et obligations de l'adhérent, peuvent être modifiés par accord entre l'association et l'assureur en cours de vie du contrat. L'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association telles que définies à l'article R. 141-6 du Code des assurances. À l'exception de ces dispositions essentielles, l'assemblée générale peut toutefois déléguer au conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions, et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'assemblée générale, et, en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée. Il appartiendra, dans tous les cas, au souscripteur d'en informer les adhérents trois mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : Sérénité Emprunteur - Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou recommande.electronique@digital-insure.fr.

La dénonciation peut être faite selon le modèle de rédaction suivant : *"Je, soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent) refuse les modifications opérées sur le contrat d'assurance de groupe n° 2255 et en conséquence demande la résiliation de mon contrat. Je reconnais que ma demande met un terme définitif à mon contrat". Date et signature.*

Les contrats d'assurance garantissant des crédits à la consommation et des crédits immobiliers ne peuvent être modifiés sans l'accord de l'assuré.

En cas de résiliation du contrat souscrit par la SEREP auprès de l'assureur Suravenir, que celle-ci soit à l'initiative de l'association ou de l'assureur, ou en cas de dissolution ou de liquidation de l'association SEREP, quelle qu'en soit la cause, le contrat se poursuivra de plein droit entre l'entreprise d'assurance et les personnes antérieurement adhérentes au contrat. Aucune adhésion nouvelle ne sera plus acceptée.

L'assureur applique la convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, dont les dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

La présente notice est applicable à compter de Juin 2022.

1. QUE COUVRE LE CONTRAT SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR ?

1.1 OBJET DU CONTRAT

Sérénité Emprunteur a pour objet de garantir l'assuré selon son âge, la formule de garanties choisie et la quotité assurée, contre les risques suivants :

- le Décès,
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- l'Incapacité Temporaire Totale de travail,
- l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

La couverture de ces risques est réservée :

- aux prêts immobiliers ou professionnels amortissables, avec ou sans différé, à taux fixe, d'un montant maximum de 10 000 000,00 € et d'une durée maximale de 360 mois (y compris le différé éventuel) ;
- aux prêts personnels ou prêts à la consommation d'un montant maximum de 180 000,00 € et d'une durée maximum de 144 mois ;
- aux prêts restructurés d'un montant maximum de 2 500 000,00 € et d'une durée maximum de 360 mois (y compris le différé éventuel). Le différé d'amortissement est couvert dans la limite de 24 mois maximum.

Les prêts en crédit-bail, les prêts renouvelables, les prêts à taux variable et les prêts d'une durée supérieure à 30 ans ne sont pas couverts dans le cadre du contrat Sérénité Emprunteur.

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur à concurrence des sommes restant dues assurées. Toutefois, pour les risques Décès et PTIA, l'assuré peut modifier le bénéficiaire des prestations par avenant à l'adhésion, avec l'accord express de l'organisme prêteur et mise en place d'une clause séquestre convenue avec un notaire.

1.2 GARANTIES ET PRESTATIONS ASSOCIÉES

L'assuré sera déchu du droit à garanties en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

1.2.1 Définitions des garanties

1.2.1.1 Garanties principales

1.2.1.1.1 Le Décès

Le contrat Sérénité Emprunteur garantit le décès quelle qu'en soit la cause, sauf exclusions prévues au paragraphe 1.3.

1.2.1.1.2 La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque et de se livrer à une occupation lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne rémunérée pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est appréciée par expertise médicale.

1.2.1.2 Garanties complémentaires

1.2.1.2.1 L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- l'Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre et qui, à la suite de maladie ou d'accident garantis par le contrat, se trouve dans l'impossibilité temporaire, totale et absolue, d'exercer sa profession. Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.
- l'Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle au jour du sinistre et qui, à la suite de maladie ou d'accident garantis par le contrat se trouve dans l'impossibilité temporaire, totale et absolue d'exercer ses occupations habituelles, notamment les travaux domestiques et la gestion des affaires familiales et personnelles et est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre médical.

De plus, l'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

L'état d'ITT doit être constaté médicalement.

1.2.1.2.2 L'Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT)

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle l'assuré reconnu, après consolidation de son état de santé, inapte à exercer sa profession, et ce, à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat.

La prise en charge se fera par rapport à la profession exercée au jour du sinistre.

L'invalidité doit être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant entraîné l'ITT.

L'état de santé est considéré comme consolidé lorsqu'il prend un caractère permanent tel que même si un traitement se poursuit pour éviter une aggravation, il n'est plus susceptible de lui apporter une amélioration significative.

La date de consolidation et le taux d'invalidité permanente seront appréciés par expertise médicale.

1.2.1.2.3 L'Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique peut être étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale. Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie.

La garantie IS AERAS correspond à une incapacité fonctionnelle d'au moins 70 % couplée à une incapacité professionnelle, dont les modalités d'appréciation sont définies au paragraphe 1.2.2.6. Elle doit être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle ou des occupations habituelles de l'assuré.

1.2.1.3 La couverture Prévoyance

Cette couverture est ouverte à l'assuré et/ou à son co-emprunteur qui :

- a souscrit, lors de l'octroi d'un prêt, une " assurance emprunteur " dont le bénéficiaire est l'établissement prêteur visé dans la demande d'adhésion, pour une quotité assurée inférieure à 100 %,
- et qui souhaite compléter cette première couverture en garantissant au(x) bénéficiaire(s) le paiement du capital restant dû, au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA, correspondant au maximum au pourcentage non couvert par le contrat " assurance emprunteur ".

En cas de décès, le bénéficiaire est le co-emprunteur de l'assuré, à défaut le conjoint de l'assuré, non séparé de corps, ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité en vigueur à la date du décès, à défaut ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, y compris les légataires universels. En cas de PTIA, le capital est versé à l'assuré.

L'assureur garantit le paiement du capital défini aux paragraphes 1.2.2.2 et 1.2.2.3 à hauteur de la quotité assurée dans le cadre de cette couverture.

1.2.2 Prestations en cas de sinistre

1.2.2.1 Calcul des prestations

Le calcul des prestations versées par l'assureur est basé sur le tableau d'amortissement de la banque en vigueur au jour du sinistre, dans la limite du dernier tableau d'amortissement préalablement transmis par l'assuré à l'assureur et annexé au certificat d'adhésion ou à ses avenants.

1.2.2.2 Prestations en cas de Décès

L'assureur garantit le paiement du capital restant dû au jour du décès, multiplié par la quotité assurée. Le versement du capital met fin à l'adhésion.

Dans le cadre des prêts immobiliers, en cas de décès de l'assuré postérieurement à la date de signature de l'offre de prêt, mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'assureur versera au bénéficiaire le montant du capital assuré, sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée.

1.2.2.3 Prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur garantit le paiement du capital restant dû au jour de la reconnaissance de l'état de PTIA, multiplié par la quotité assurée. Pour donner lieu à prestations, la PTIA doit être constatée durant la période de validité de la garantie et avant le 70^e anniversaire de l'assuré. Le versement du capital met fin à l'adhésion.

1.2.2.4 Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

Une période de franchise est applicable à chaque arrêt de travail ou d'activité. Elle correspond à la période d'arrêt de travail ou d'activité qui ne sera en aucun cas indemnisée et restera à la charge de l'assuré.

La période de franchise est comptée à partir du 1^{er} jour d'une période d'arrêt total et ininterrompu de travail ou d'activité.

Elle est comptée à partir du premier jour d'hospitalisation en cas d'arrêt de travail ou d'activité consécutif aux pathologies suivantes :

- Pathologies relatives à l'axe rachidien, pathologies para-vertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales.
- Troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie.

Le délai de franchise est, au choix de l'adhérent, de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

À l'issue du délai de franchise choisi par l'assuré et indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, l'assureur garantit le paiement de l'échéance de remboursement de prêt exigible multipliée par la quotité assurée, en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise.

Le versement des prestations s'effectue jusqu'à la date de consolidation de l'état de santé, constatée par expertise médicale.

Il cesse, au plus tard, au 1 095^e jour de prise en charge et en tout état de cause, à la date de cessation de la garantie (cf. point 2.2.2).

En cas de reprise du travail à temps partiel autorisée par le corps médical, l'assureur garantit le paiement de 50 % de l'échéance de remboursement de prêt exigible multipliée par la quotité assurée. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours, pour un même événement accidentel ou pour une même maladie et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

1.2.2.5 Prestations en cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale

L'assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement partiel ou total de l'échéance de remboursement de prêt exigible, multipliée par la quotité assurée.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé par expertise médicale (cf. point 3.2), comme indiqué dans le tableau ci-après, par le croisement entre :

- le taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical,
- et le taux d'incapacité professionnelle, fixé en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités restantes d'exercice.

Pour déterminer les taux d'incapacité, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents exclus des garanties à l'adhésion.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	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

L'Invalidité Permanente est considérée comme **Partielle** lorsque le taux d'invalidité reconnu par l'assureur est compris entre 33 % et 66 %. Dans ce cas, l'assureur verse le montant de l'échéance assurée de remboursement du prêt multipliée par le taux de prise en charge défini comme suit : Taux de prise en charge = (taux d'invalidité - 33) / 33.

L'Invalidité Permanente est considérée comme Totale lorsque le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

En cas d'Invalidité Permanente Totale, l'assuré peut choisir au moment de l'adhésion entre le paiement total de l'échéance de remboursement de prêt multipliée par la quotité assurée ou le paiement du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'assureur de l'état d'IPT, multiplié par la quotité assurée (à l'exception des prêts relais et des prêts in fine). Le versement du capital met fin à l'adhésion.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %.

1.2.2.6 Prestations en cas d'Invalidité Spécifique AERAS

En cas d'Invalidité Spécifique AERAS, l'assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement total des échéances de remboursement de prêt exigibles multipliées par la quotité assurée.

Le taux d'Invalidité Spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une incapacité professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- d'une incapacité fonctionnelle dont le taux sera apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion ne seront pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

1.2.3 En cas de rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'assuré est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué.

Dans les autres cas (nouvel arrêt de travail pour le même motif suite à une reprise totale d'activité supérieure à 60 jours, arrêt de travail pour une cause nouvelle ou poursuite de l'arrêt de travail du fait d'une nouvelle cause ou pathologie), l'indemnisation sera évaluée comme s'il s'agissait d'un nouveau sinistre, avec application d'une nouvelle période de franchise.

1.2.4 Limites des prestations

Le montant total des prestations versées ne peut être supérieur aux sommes dues à l'organisme prêteur pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, toutes adhésions confondues. En cas de sinistre, le montant pris en charge ne pourra excéder le montant nominal assuré à la date d'adhésion.

Les prestations ITT/IPP/IPT/IS AERAS sont plafonnées :

- à 15 000,00 € par mois et par assuré pour les prêts immobiliers et prêts professionnels, sauf pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre. Dans ce dernier cas, les prestations sont plafonnées à 3 800,00 € par mois et par assuré ;
- à 1 500,00 € par mois et par assuré pour les prêts personnels et à la consommation ;
- à 2 500,00 € par mois et par assuré pour les prêts restructurés.

La prestation en cas d'IPT est plafonnée à 3 000 000,00 € lorsqu'elle est versée sous forme de capital.

Pour les prêts relais et les prêts in fine, seuls les intérêts bénéficient des garanties ITT/IPP/IPT/IS AERAS. En aucun cas, le capital ne pourra faire l'objet d'une prise en charge au titre des garanties ITT/IPP/IPT/IS AERAS.

Le retard éventuel dans le remboursement du prêt n'est pas couvert. Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IS AERAS ne sera pas prise en compte. En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant une période d'arrêt de travail ou d'activité, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

ATTENTION : la détermination de la PTIA, de l'ITT, de l'IPP ou de l'IPT par l'assureur sera indépendante des décisions du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

1.2.5 Territorialité des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier.

Le décès doit être constaté par une autorité légale (Ambassade ou Consulat) de l'Union européenne. Il est expressément stipulé qu'en cas de PTIA, ITT, IPP/IPT, IS AERAS, les accidents ou la maladie doivent être constatés par un médecin établi en France. Pour les non-résidents français ou en cas d'impossibilité totale de l'assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), les accidents ou la maladie doivent être constatés par un médecin mandaté par l'assureur. Les frais de déplacement de l'expert restent à la charge de l'assuré, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par le médecin expert.

1.3 EXCLUSIONS - CE QUE LE CONTRAT NE COUVRE PAS

Le tableau des exclusions ci-après vous permet de savoir si l'exclusion est générale ou si elle est limitée à l'une ou l'autre des garanties.

Définitions :

- PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail.
- IPP : Invalidité Permanente Partielle.
- IPT : Invalidité Permanente Totale.
- IS : Invalidité Spécifique AERAS.

L'accident est défini comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'assuré.

L'assurance couvre tous les risques sauf ceux précisés dans le tableau ci-après :

	Sont exclues des garanties ci-contre, les suites ou conséquences des affections ou des événements suivants :	Décès	PTIA	ITT	IPP/IPT	IS AERAS
1	Les risques de guerre civile ou étrangère, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel.	*	*	*	*	*
2	L'utilisation des engins de guerre ou, d'une manière générale, de toute arme de détention interdite, dont l'assuré serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement.	*	*	*	*	*
3	Les suites et conséquences directes ou indirectes d'accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical.	*	*	*	*	*
4	Les suites ou conséquences des rixes, émeutes, crimes, délits (y compris les infractions du Code de la route de nature délictuelle), actes de piraterie, de terrorisme en cas de participation active de l'assuré, de sabotage, mouvements populaires en cas de participation active de l'assuré. Cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel.	*	*	*	*	*
5	La navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.	*	*	*	*	*
6	La participation à un défi, pari, à une tentative de record.	*	*	*	*	*
7	Les sports suivants : bobsleigh, skeleton, saut à ski, vélo à ski, windsuit.	*	*	*	*	*
8	Le suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties ou la date d'effet d'une augmentation des garanties en cours de contrat. Toutefois, le décès par suicide est couvert dès la date d'effet de l'assurance, dans les limites définies par les articles L. 132-7 et R. 132-5 du Code des assurances, lorsque le contrat d'assurance a été souscrit en garantie d'un prêt destiné au financement de l'acquisition du logement principal de l'assuré.	*				
9	Le meurtre de l'assuré par le co-emprunteur ou la caution.	*				
10	Les accidents, maladies, invalidités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion ou formellement exclues par l'assureur dans la notification des conditions d'assurance signée par l'assuré.	*	*	*	*	
11	L'alcoolisme aigu ou chronique, l'état d'imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal tel que défini par la loi française, l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement.	*	*	*	*	*
12	Le fait intentionnel de l'assuré, la tentative de suicide.		*	*	*	*
13	Les sports suivants pratiqués de manière régulière sont exclus des garanties ci-contre, mais peuvent faire l'objet d'une étude de l'assureur sur demande expresse de l'assuré : sports extrêmes, sports de combat, sports aériens, sports avec engins à moteurs, sports équestres, sports nautiques, sports de montagne.	*	*	*	*	*
14	Les suites ou conséquences des affections suivantes : > Pathologies relatives à l'axe rachidien, pathologies para-vertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales. Sauf, pour les crédits à la consommation, dans le cas où elles conduisent à une intervention chirurgicale dans les 3 mois suivants le 1er jour d'arrêt de travail et pour les autres prêts, dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours continus. > Troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie. Sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 30 jours continus pour les prêts à la consommation et à 10 jours continus pour les autres prêts.		*	*	*	*
15	Les séjours et hospitalisations dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident ou une maladie couverts par le contrat).			*	*	*
16	Les traitements esthétiques (hormis s'ils sont consécutifs à une maladie ou un accident garanti par le contrat), d'amaigrissement, de rajeunissement, ainsi que les cures de toutes natures.			*	*	*
17	Toute grossesse, ses suites et conséquences sauf en cas de grossesse pathologique (dans ce dernier cas, aucune indemnisation n'interviendra pendant la durée légale du congé de maternité que l'assurée relève ou non du régime général de la Sécurité sociale).			*		

1.4 FORMULES DE GARANTIES PROPOSÉES

1.4.1 Formules de garanties

Le contrat Sérénité Emprunteur se compose de plusieurs formules de garanties que l'assuré peut choisir en fonction de ses besoins et de son profil. Selon la nature du financement et du projet de prêt immobilier (achat résidentiel ou investissement locatif), les établissements prêteurs peuvent exiger la souscription de plusieurs de ces garanties pour couvrir le prêt. Le tableau ci-dessous présente les formules disponibles dans le contrat. À noter, la quotité assurée pour les garanties complémentaires est identique pour ces trois garanties et ne peut être supérieure à la quotité assurée pour les garanties principales.

	Garanties principales		Garanties complémentaires		
	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP
F1	X	X			
F2	X	X	X	X	
F3	X	X	X	X	X

1.4.2 Option Dos et Psy

En complément des formules présentées ci-dessus, le contrat propose l'option suivante éligible à certaines garanties et qui permet à l'assuré de se couvrir en fonction de sa situation personnelle et de ses besoins. Cette option ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion et uniquement en complément des garanties ITT, IPP et IPT.

Options	Décès	PTIA	ITT	IPT	IPP
Dos et Psy			X	X	X

Si l'assuré souscrit cette option, sous réserve cependant des éventuelles exclusions notifiées par l'assureur à l'assuré au moment de l'adhésion, les pathologies ci-dessous sont garanties sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, contrairement à la couverture standard :

- Pathologies relatives à l'axe rachidien, pathologies para-vertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales.
- Troubles anxieux, troubles névrotiques, schizophrénie, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, syndrome de burn-out ou d'épuisement, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie.

2. L'ADHÉSION AU CONTRAT SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR

2.1 CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION

2.1.1 Conditions d'adhésion

Peuvent être admises à l'assurance les personnes physiques emprunteur et co-emprunteur réunissant les critères suivants, à la date de signature de la demande d'adhésion :

- être âgé de plus de 18 ans,
- être majeur capable,
- être âgé de moins de 75 ans pour les prêts personnels ou à la consommation et de moins de 80 ans pour les autres types de prêts pour la garantie Décès,
- être âgé de moins de 70 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPP et IPT,
- exercer une activité professionnelle procurant gain ou profit pour bénéficiaire des garanties ITT, IPP et IPT,
- résider en France (y compris DROM, Corse), en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Monaco ou au Luxembourg,
- contracter un prêt libellé en euros, rédigé en français et consenti par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers ou par des sociétés de financement françaises.

Peuvent être admises à l'assurance et opter uniquement pour les garanties Décès et PTIA, sous réserve de remplir les conditions précitées :

- les cautions,
- les adhérents à la couverture Prévoyance.

2.1.2 Formalités d'adhésion

L'assuré, et le cas échéant, l'entreprise contractante doivent renseigner et signer la demande d'adhésion. L'assuré doit se soumettre aux formalités médicales le concernant.

En application de l'article L. 113-8 du Code des assurances, l'adhésion est nulle 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, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'assuré doit faire preuve de la plus grande sincérité et exactitude dans les réponses apportées aux questionnaires de santé qui peuvent être complétés en ligne ou adressés directement au Médecin Conseil de l'assureur dans une enveloppe comportant la mention "CONFIDENTIEL MÉDICAL".

La durée de validité des questionnaires de santé est de 6 mois.

Au-delà de ce délai, l'assuré devra compléter un nouveau questionnaire de santé.

Les formalités médicales (hors questionnaire de santé) effectuées lors d'une précédente adhésion ont une durée de validité de 2 ans si la décision a été prise sans réserve, exclusion ou majoration de cotisations dans la limite d'1 million d'euros d'encours assuré (en tenant compte du nouveau montant assuré).

Au-delà de cette somme, ces formalités médicales sont valables 1 an.

Dans tous les cas, l'adhésion doit respecter les grilles de formalités médicales telles que prévues en annexe de la présente Notice.

L'assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus du risque soumis, dans les conditions énoncées au point **2.2.1**.

L'assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugera nécessaire à l'étude du dossier.

Le remboursement des frais médicaux ne sera possible qu'à partir du moment où l'adhésion est effective ou en cas de refus du dossier à l'initiative de l'assureur. L'assuré doit par ailleurs le cas échéant, retourner signé son accord sur les conditions d'assurance de l'assureur, dans un délai maximum de quatre mois suivant l'envoi de la notification de ces conditions. Enfin, l'assuré et, le cas échéant, l'entreprise contractante doivent conserver l'ensemble des documents suivants :

- la demande d'adhésion,
- la présente notice,
- l'exemplaire de la notification des conditions d'assurance, le cas échéant,
- le certificat d'adhésion et ses avenants éventuels.

2.2 DURÉE DES GARANTIES

2.2.1 Prise d'effet des garanties

Après réception par l'assureur de la demande d'adhésion dûment complétée et signée, sous réserve de la signature de l'offre de prêt et, le cas échéant, de la notification des conditions d'assurance lorsque l'adhésion est acceptée à des conditions particulières, les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. En tout état de cause, les garanties ne prendront effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

Toutefois une garantie "décès accidentel" est accordée à compter de la date de signature de la demande d'adhésion sous réserve d'un engagement contractuel avec l'organisme prêteur. Elle est égale au montant emprunté multiplié par la quotité d'assurance choisie dans la demande d'adhésion dans la limite de 300 000,00 €. Le capital assuré dans le cadre de cette garantie est versé au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. Cette couverture cesse en tout état de cause à la date de prise d'effet des garanties ou en cas de refus ou d'ajournement de l'adhésion par l'assureur, et au plus tard deux mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

L'assureur se réserve la possibilité, dans la notification des conditions d'assurance, de notifier à l'assuré des conditions d'acceptation à l'assurance avec réserves, exclusions ou majoration de cotisations. La décision pourra être ajournée. Dans ce cas, l'intéressé pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué. Dans l'attente, il n'est pas couvert par l'assurance.

L'assureur peut également refuser la demande d'adhésion qui lui est présentée.

En cas de refus ou de non réponse de l'assuré dans un délai de 4 mois à compter de la notification des conditions d'assurance, l'adhésion à l'assurance ne pourra prendre effet et il sera nécessaire d'effectuer une nouvelle demande d'adhésion.

ATTENTION : l'assuré devra signaler à l'assureur toute modification de son état de santé pouvant intervenir entre la date de signature du

questionnaire de santé et selon le cas la date de signature de la notification des conditions d'assurance ou la date d'effet des garanties indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les sports à risques figurant au point 13 du paragraphe 1.3 feront l'objet d'une étude sur l'ensemble des garanties du contrat sur demande expresse de l'assuré.

L'adhésion est conclue pour une durée égale à celle du contrat de prêt pour toutes les garanties souscrites jusqu'à la date de cessation de ces dernières (cf. paragraphe 2.2.2).

2.2.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'extinction normale ou anticipée de l'opération de crédit ou,
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties ou,
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur ou,
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. paragraphe 2.3) ou,
- en cas de résiliation de l'assurance (cf. paragraphe 2.4.2) ou,
- en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre ou,
- le jour où l'assuré admis comme représentant d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente.
- au jour de la mise en place d'un plan conventionnel de redressement par la Commission de surendettement des particuliers (art. L. 732-1 et suivants du code de la Consommation), sauf en cas de maintien de l'assurance prévu par le plan.

Et au plus tard :

- pour le risque décès : le jour du 75^e anniversaire de l'assuré pour les prêts personnels ou les prêts à la consommation et le jour du 90^e anniversaire de l'assuré pour les autres types de prêts,
- pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : le jour du 70^e anniversaire de l'assuré,
- pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS lorsque l'assuré est mis en préretraite ou à la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire quelle qu'en soit la cause, et au plus tard le jour du 70^e anniversaire de l'assuré.

2.3 COTISATION

2.3.1 Paiement de la cotisation

Le calcul de la cotisation, à l'adhésion, ou en cas de modification relative au(x) prêt(s) assuré(s), se fera par référence à l'âge atteint par l'assuré à la date de prise d'effet des garanties ou de la modification. Rentrent également dans le calcul de la cotisation les critères tels que la classe professionnelle, la qualité fumeur/non-fumeur, la nature des garanties, la franchise, la quotité, la périodicité, les options souscrites, le montant emprunté, le type d'emprunt, le type d'amortissement, le taux d'emprunt, la durée d'emprunt, la date d'effet de l'assurance, l'assiette de cotisation. L'assiette de cotisation est laissée au choix de l'assuré.

Deux options sont proposées :

- **CRD/Âge évolutif** : la cotisation est assise sur le capital restant dû et l'âge de l'assuré à chaque date anniversaire du contrat,
- **nominal** : la cotisation est assise sur le capital initialement assuré et l'âge de l'assuré à l'adhésion.

Le montant des cotisations est indiqué sur l'échéancier des cotisations annexé au certificat d'adhésion. À la première cotisation sont ajoutés des frais de dossiers.

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement, ou annuellement, selon le choix de l'assuré et seront prélevées tous les 5 du mois.

Le montant des cotisations est majoré de frais de gestion dans les cas suivants :

- rejet suite à un prélèvement bancaire : 10,00 €
- mise en demeure pour non-paiement : 25,00 €

La mise en demeure intervient dans le cas où l'assuré n'a pas procédé au paiement de sa cotisation ou d'une fraction de sa cotisation dans les dix jours de son échéance. L'assureur adresse alors à l'assuré une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique lui signifiant la mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente jours plus tard. Après un nouveau délai de dix jours, l'assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations dues. Une copie de ces lettres sera envoyée à l'organisme prêteur.

2.3.2 Exonération des cotisations

Pendant toute la période de prise en charge des échéances par l'assureur en cas d'ITT, d'IPP, d'IPT (sauf en cas de versement sous forme de capital) ou d'IS AERAS, l'assuré, ou l'entreprise contractante le cas échéant, est exonéré du paiement des cotisations relatives à ces garanties.

L'assureur remboursera les cotisations relatives aux garanties ITT, IPP, IPT et IS AERAS au-delà du délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, pendant toute la durée de prise en charge des échéances de ces garanties.

2.4 MODIFICATION ET RÉSILIATION DU CONTRAT

2.4.1 Modification des garanties et des risques

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Les cotisations sont maintenues, quelle que soit l'évolution de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré (sauf cas de changement du taux des taxes applicables à la présente convention d'assurance).

L'assuré est tenu d'informer l'assureur par écrit des modifications suivantes relatives au(x) prêt(s) assuré(s) et de produire les tableaux d'amortissement correspondants :

- Augmentation de la durée du prêt
- Modification du capital assuré
- Augmentation de la durée du différé

Une nouvelle évaluation du risque avec étude médicale et révision de tarification le cas échéant pourra être effectuée.

Il en va de même dans les cas suivants :

- Ajout de garantie(s) complémentaire(s)
- Ajout d'option(s) avec rapport médical exigé en cas de réponse(s) positive(s) sur le questionnaire de santé
- Diminution de franchise
- Décalage de la date d'effet si la sélection médicale n'est plus valable

L'assuré devra se soumettre aux formalités médicales indiquées dans la grille des formalités médicales annexée à la notice et à la demande d'adhésion.

Quelle que soit la demande de modification, les capitaux servant à déterminer les éventuelles formalités médicales correspondent au capital restant dû assuré à la date de traitement de la demande de modification. Il en est de même pour l'âge retenu.

Toute modification fera l'objet d'un avenant au certificat d'adhésion sur lequel sera indiquée la date de prise d'effet.

2.4.2 Résiliation du contrat

2.4.2.1 Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier

Conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, l'assuré a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt. Pour ce faire, il doit adresser à Digital Insure Services sa demande de résiliation dans les conditions prévues à l'article L. 113-14 du code des assurances à l'adresse suivante: Sérénité Emprunteur - Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou recommande.electronique@digital-insure.fr.

L'assuré doit également adresser au prêteur le contrat d'assurance qu'il lui propose en substitution. Dans les 10 jours de la réception de sa demande de substitution, le prêteur lui notifiera sa décision d'acceptation ou de refus.

L'assuré, ou l'entreprise contractante le cas échéant, notifiera ensuite à l'assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, à l'adresse suivante : Sérénité Emprunteur - Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou recommande.electronique@digital-insure.fr, la décision du prêteur d'acceptation d'un autre contrat d'assurance présenté en substitution, ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet 10 jours après la réception par Digital Insure Services de la décision du prêteur, ou si elle est postérieure, à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

2.4.2.2 Lorsque le contrat d'assurance garantit d'autres contrats de crédit

Lorsque le contrat d'assurance garantit d'autres contrats de crédit, conformément à l'article L. 113-12 du code des assurances, l'assuré a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de son contrat correspondant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

2.5 RENONCIATION

• **En cas de démarchage à son domicile**, à sa résidence ou sur son lieu de travail, même à sa demande, l'assuré, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

• **En cas de vente à distance**, l'assuré a la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat.

En cas de demande expresse de l'assuré d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dans les deux cas, la renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée ou envoi recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : Sérénité Emprunteur- Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou recommande.electronique@digital-insure.fr, rédigée, par exemple, selon le modèle de rédaction suivant : **"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Sérénité Emprunteur n° 2255, que j'ai conclue le _____. Fait à _____, le _____.**
Signature".

3. FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

3.1 DÉCLARATION ET PIÈCES À FOURNIR

Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les quatre mois de sa survenance. Le sinistre doit être déclaré à l'adresse ci-contre :

Sérénité Emprunteur
Service Client
38, rue la Condamine
75017 Paris

Les pièces à produire pour constituer le dossier de demande de prise en charge sont les suivantes :

En cas de réalisation du risque	Quelles pièces fournir ?
Dans tous les cas	› Copie du(des) tableau(x) d'amortissement établi(s) par l'organisme prêteur, en vigueur au jour du sinistre
	› Copie de l'acte de prêt
	› Le certificat d'adhésion et son (ses) avenant(s) éventuel(s)
	› Un justificatif d'identité
	› S'il s'agit d'un accident, toutes pièces relatant les circonstances de l'accident
Décès	› Un extrait d'acte de décès
	› Un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès
	› Le questionnaire remis par l'assureur et complété par le médecin traitant de l'assuré
PTIA	› Un certificat médical détaillé
	› Une attestation de tierce personne (contrat de l'ehpad/maison de retraite, facture de rémunération de tierce personne, etc ...)
	La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.
ITT	› Un formulaire fourni par l'assureur à compléter par le médecin traitant et précisant notamment la nature et la date de la première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou de repos complet et sa durée probable
	› L'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail
	› Pour les assurés salariés, la copie de l'arrêt de travail et les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par l'organisme social de référence auquel est affilié l'assuré À défaut de perception d'indemnités journalières, une attestation de l'employeur
	› Pour les non-salariés, les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail, le cas échéant le compte-rendu d'hospitalisation
	› Pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, un ou des certificats médicaux précisant qu'il est bien en ITT au sens de la présente Notice couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise
	› Un avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin traitant le cas échéant
IPP/IPT/ IS AERAS	› Pour les assurés sociaux, les bordereaux (ou attestations) de règlement de rente d'invalidité de l'organisme social de référence auquel l'assuré est affilié
	› Une constatation médicale
	L'invalidité sera appréciée par expertise médicale

L'assureur pourra compléter le dossier par la demande de tout document qu'il jugera nécessaire pour établir son obligation.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

En cas de déclaration de sinistre au-delà du délai de quatre mois indiqué ci-dessus, l'indemnisation interviendra au plus tôt à la date de réception de la déclaration de sinistre.

3.2 EXPERTISE MÉDICALE ET CONTRÔLE

Les médecins délégués par l'assureur doivent pouvoir consulter librement l'assuré en état d'ITT, d'IPP, d'IPT, d'IS AERAS ou de PTIA, afin de pouvoir évaluer son état de santé. L'assuré devra, à cet effet, communiquer à l'assureur l'adresse où il pourra être visité. Il pourra par ailleurs se faire assister du médecin de son choix. À défaut, aucune prestation n'est exigible. En cas de désaccord entre les médecins délégués par l'assureur et les médecins de l'assuré sur son état de santé, un arbitrage médical pourra être proposé. Chacune des parties désigne son représentant à cet examen et s'accorde sur le choix de l'expert. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin. Les frais afférents à l'intervention du troisième médecin sont payés pour moitié par chaque partie.

4. AUTRES DISPOSITIONS

4.1 LOI APPLICABLE ET LANGUE UTILISÉE

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.
La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

4.2 FONDS DE GARANTIE DES ASSURANCES DE PERSONNES

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de Garantie des Assurances de Personnes.

4.3 INFORMATIONS FOURNIES

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

4.4 RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à l'adhésion ou au sinistre, l'assuré consulte dans un premier temps son conseiller habituel. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations à Digital Insure Services à l'adresse suivante : Sérénité Emprunteur - Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris. Si le désaccord persiste, il peut demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement sa demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 9. Par ailleurs, l'adhérent peut aussi accéder à la plateforme européenne de Résolution en Ligne des Litiges à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

4.5 PRESCRIPTION

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- o en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- o en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- o la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- o la demande en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle 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,
- o une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité à l'adresse suivante : recommande.electronique@digital-insure.fr.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue 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.

La prescription est suspendue 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. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

4.6 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et doivent être conformes aux dispositions codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Sérénité Emprunteur entre dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment (art. R. 561-16 du CMF) et peut bénéficier de mesures de vigilance simplifiée. En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- o que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

L'assuré, dès son adhésion et pour toute la durée de son contrat, s'engage à :

- o respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- o se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- o permettre à l'assureur et à son courtier de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à la première demande de l'un ou de l'autre toute pièce justificative qui serait nécessaire à :
 - l'identification des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré,
 - la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds.

4.7 TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement général pour la protection des données 2016/679, la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par l'Assureur et le Gestionnaire ou leurs mandataires. Ce traitement est réalisé sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter ses obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou quand cela est justifié par ses intérêts légitimes. Ces données ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté.

Les données collectées pourront donner lieu à une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, traitement qui est nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, par exemple, aux fins de tarification et de sélection médicale pouvant entraîner, éventuellement, des surprimes ou des exclusions de garanties. Dans ces cas, vous avez le droit d'obtenir une intervention humaine. Afin de garantir la sauvegarde de vos droits dans le cadre de la prise de décision entièrement automatisée, le Gestionnaire peut vous mettre à disposition sur simple demande les informations utiles concernant la logique sous-jacente ainsi que l'importance et les conséquences du traitement.

Vous consentez au traitement de ces données par la signature des documents précontractuels.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

L'Assureur et le Gestionnaire exercent conjointement la responsabilité du traitement de ces données à caractère personnel et les utilisent pour les finalités suivantes : la gestion des contrats, le suivi de la relation clientèle, les études actuarielles, l'évaluation du risque, la sélection médicale, la lutte contre la fraude, la gestion des contentieux, la conservation des documents, le respect des obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les destinataires de ces données sont leurs mandataires, leurs sous-traitants, les tiers archiveurs, les agrégateurs, les distributeurs du contrat, l'association « La SEREP », les réassureurs ou co-assureurs, toute autorité administrative ou judiciaire afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

L'Assureur et le Gestionnaire conserveront ces données, soit pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées, soit pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, soit pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles l'Assureur et le Gestionnaire sont tenus.

Vous disposez sur ces données de droits d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité, et d'un droit à définir des instructions concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles, après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits ou contester une décision individuelle entièrement automatisée soit par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données – Sérénité Emprunteur – 38, rue Condamine – 75017 Paris ou directement depuis l'Espace Client en ligne.

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition pour l'utilisation des informations traitées à des fins de prospection commerciale auprès du tiers qui a recueilli votre consentement.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet suivant : www.suravenir.fr.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

RÔLE DE L'ASSOCIATION SYNERGIE ÉPARGNE RETRAITE PRÉVOYANCE (DITE "LA SEREP")

La SEREP est une association à but non lucratif, régie par la loi du 1er juillet 1901 et l'article L. 141-7 du Code des assurances. Une copie de ses statuts peut être obtenue par tout adhérent sur le site : www.serep.org.

Cette association a pour objet de souscrire des contrats d'assurance à caractère collectif pour le compte de ses adhérents afin de protéger et de valoriser leur épargne, d'améliorer leur retraite en toute sécurité, de répondre à leurs préoccupations en matière de prévoyance.

La SEREP se réunit chaque année en assemblée générale.

Le siège de la SEREP est situé au 19, rue Amiral Romain Desfossés - 29200 Brest.

À l'issue de sa réunion du 12 avril 2022, le conseil d'administration se compose ainsi :

Président : Pierre-Yves CRENN, gérant d'entreprise du BTP ;

Vice - Président : Benoît CHAPALAIN, ingénieur en constructions navales ;

Trésorier : Sandra JOLY, responsable financier d'entreprise de construction navale ;

Secrétaire : Jean-Jacques VERDIER, cadre acheteur E.R* ;

Membres :

Philippe EOUZAN, pompier professionnel ; Yann PRIGENT, directeur de laboratoire de biologie ; Denis QUARANTE, cadre financier E.R* ; Loïc RENOULT, cadre commercial E.R* ; Bertrand SORRE, agriculteur ; Bénédicte Gillet, cadre bancaire.

* *En retraite*

5. ANNEXES À LA NOTICE SÉRÉNITÉ EMPRUNTEUR

5.1 GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES POUR LES PRÊTS PERSONNELS OU PRÊTS A LA CONSOMMATION

Encours assuré Âge de l'assuré	Inférieur à 17 000,00 €	De 17 000,00 € à 75 000,00 €	De 75 001,00 € à 100 000,00 €	De 100 001,00 € à 180 000,00 €
Jusqu'à 45 ans	Sans formalités médicales	Questionnaire de santé simplifié (QSS1)* * si 1 réponse oui, alors Questionnaire de Santé (QS)	Questionnaire de santé simplifié* * si 1 réponse oui, alors Questionnaire de Santé (QS)	
De 46 ans à 65 ans			Questionnaire de Santé (QS)	
Plus de 65 ans			QS	QS + RM + Analyse de sang 1 + PSA

5.2 GRILLE DES FORMALITÉS MÉDICALES POUR LES AUTRES TYPES DE PRÊTS

(hors crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation pour lesquels aucune formalité médicale n'est demandée si l'encours global assuré n'excède pas 200 000,00 € et dont l'échéance intervient avant les 60 ans de l'assuré)

Encours assuré / Âge de l'assuré	Jusqu'à 100 000 €	De 100 001 € à 500 000 €	De 500 001 € à 600 000 €	De 600 001 € à 1 000 000 €	De 1 000 000 € à 1 500 000 €	De 1 500 001 € à 3 500 000 €	De 3 500 001 € à 10 000 000 €
Jusqu'à 45 ans	Questionnaire de santé simplifié* *si 1 réponse oui, alors Questionnaire de Santé (QS)		QS + RM + Analyse de sang 1	QS + RM + Analyse de sang 2	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec test d'effort + RMF(*)	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec test d'effort + échocardiographie + RMF(*)
De 46 ans à 65 ans	Questionnaire de Santé (QS)		QS + RM + Analyse de sang 1 + Examen cardiologique	QS + RM + Analyse de sang 2 + Examen d'urines + Examen cardiologique	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec test d'effort + PSA + RMF(*)	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec test d'effort + échocardiographie + mammographie réalisée la dernière année + PSA + RMF(*)
Plus de 65 ans	QS	QS + RM + Analyse de sang 1 + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Examen d'urines + Examen cardiologique + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Examen d'urines + Examen cardiologique avec ECG de repos + échocardiographie + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec ECG de repos + échocardiographie + PSA	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec ECG de repos + échocardiographie + PSA + RMF(*)	QS + RM + Analyse de sang 2 + Test de cotinine urinaire + Examen d'urines + Examen cardiologique avec ECG de repos + échocardiographie + mammographie réalisée la dernière année + PSA + RMF(*)

RM : Rapport Médical

Analyse de sang 1 : Cholestérol total et ses fractions HDL et LDL, triglycérides, glycémie, test HIV, numération de la formule sanguine, vitesse de sédimentation, plaquettes, créatine, transaminases, Gamma GT.

Analyse de sang 2 : Analyse de sang 1 + sérologie des hépatites B (marqueurs Antigène HBs) et C (anticorps anti-VHC)

Examen cardiologique : ECG avec compte rendu + examen cardiologique avec un rapport détaillé sur l'état cardiovasculaire

Examen d'urines : Recherche et dosage éventuel des protéines ; du glucose, du sang. Examen cyto bactériologique à effectuer si détection d'une anomalie

PSA : Antigène Spécifique de la Prostate pour les hommes

Test de cotinine urinaire : Test d'urine à effectuer pour toute personne ayant déclaré être « non-fumeur » et assurée au-delà de 1 000 000,00 €

Mammographie : Compte rendu de la dernière mammographie réalisée (moins d'un an) pour les femmes de plus de 50 ans

(*) **Rapport moral et financier** : À renseigner pour tout montage d'un montant supérieur à 1 500 000,00 €. Le RMF correspond aux questionnaires suivants : questionnaire professionnel classique, questionnaire prêt acquisition de société, Déclaration personnelle et financière, couverture de prêt personnel.

Remboursement des frais médicaux

- Les frais médicaux sont remboursés par l'assureur dans les cas suivants :
 - en cas d'acceptation du risque par l'assureur, sous réserve de l'adhésion effective au contrat d'assurance,
 - en cas de refus du risque par l'assureur.
- L'assureur prend en charge les frais médicaux engagés par l'assuré selon la grille de formalités et dans la limite des plafonds indiqués ci-dessous.

Examen	Plafond de remboursement par l'assureur, TTC
AS1	80,00 €
RM + AS1	195,00 €
RM + AS2 + URI	205,00 €
RM + AS1 + PSA	215,00 €
RM + AS2 + URI + ECG1	305,00 €
RM + AS2 + URI + PSA + ECG1	325,00 €
RM + AS2 + URI + PSA + ECG2	405,00 €
RM + AS2 + COTI + ECG1	420,00 €
RM + AS2 + URI + COTI + PSA + ECG1	440,00 €
RM + AS2 + URI + COTI + ECG1	500,00 €
RM + AS2 + URI + COTI + PSA + ECG2	520,00 €
RM + AS2 + URI + COTI + ECG3	580,00 €
RM + AS2 + URI + COTI + PSA + ECG3 + Mammographie	680,00 €

UNE GAMME COMPLÈTE DE PRODUITS ET SERVICES DE QUALITÉ



- Patrimoine Vie Plus
- VIE PLUS IMPACT
- Capitalisation Vie Plus
- Capitalisation Vie Plus PM
- Capi Vie Plus PM Opportunités



- Sérénité Emprunteur
- Sérévi Homme Clé & Associés
- Myrialis Prévoyance



- PERTinence Retraite

VIE PLUS 

Partenaire et tellement plus

Vie Plus
Filière de Suravenir dédiée
aux CGP et courtiers
Tour Ariane - La Défense 9
5, place de la Pyramide
92 088 Paris la Défense Cedex

Suravenir
Siège social
232, rue Général Paulet
BP 103
29 802 Brest Cedex 9

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 1 175 000 000 euros. Société mixte régie par le Code des assurances. Siren 330 033 127 RCS Brest. Société soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 9).