



KOREGE Solution Famille 2

Notice d'Information du contrat d'assurance collective

n°004/800/374

Septembre 2026

Sommaire

1	Préambule	3
2	Définitions	4
3	Objet du contrat	6
3.1	Les garanties principales (Décès/PTIA)	6
3.2	Les options du contrat	6
4	Qui peut adhérer au contrat ?	10
5	Quelles sont les exclusions ?	11
6	L'adhésion au contrat	13
6.1	La prise d'effet du contrat	14
6.2	La garantie accidentelle provisoire	14
6.3	La désignation du bénéficiaire en cas de décès	14
6.4	Le montant des cotisations	15
6.5	Le paiement des cotisations	16
7	La vie du contrat	17
7.1	Comment faire évoluer son contrat ?	17
7.2	Augmentation de garantie	17
7.3	Augmentation de garantie liée à des événements de la vie	17
7.4	Diminution de garantie	18
7.5	Comment déclarer un changement de situation ?	18
7.6	La cessation des garanties	18
7.7	La renonciation	18
7.8	La résiliation	19
8	Le sinistre	20
8.1	Comment déclarer un sinistre ?	20
8.2	Paiement du capital garanti	22
8.3	La procédure de contrôle médical	22
9	Informations générales	23
9.1	Procédure de réclamation et de médiation	23
9.2	Le délai de prescription	23
9.3	La responsabilité fiscale	24
9.4	Attribution de compétence	24
9.5	Les données personnelles	24
9.6	Les dispositions spécifiques applicables en cas de commercialisation à distance	25
10	Mentions légales	26

1 Préambule

CCF (« La Banque ») a souscrit auprès de KOREGE (« l'Assureur ») le contrat d'assurance de groupe KOREGE Solution Famille 2 en vue d'y faire adhérer les personnes physiques titulaires d'un compte courant ouvert auprès de la Banque.

La Banque dont l'objet social est principalement d'effectuer des opérations de banque, propose, en sa qualité d'intermédiaire en assurance immatriculée auprès de l'ORIAS (Organisme en charge du Registre officiel des Intermédiaires en Assurance - www.orias.fr) à ses clients, de souscrire au contrat KOREGE Solution Famille 2 selon les modalités exposées ci-dessous.

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

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

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

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

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

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

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

2 Définitions

Accident

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

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

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

Activités de la vie quotidienne

Les Activités de la vie quotidienne sont les activités que les individus réalisent régulièrement pour gérer leur vie quotidienne. Ces activités incluent des tâches personnelles comme la toilette, l'habillement, l'alimentation, la continence, le déplacement et les transferts (se référer à l'article 3.2).

Adhérent/Assuré

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

Age de l'Assuré à l'adhésion (calcul) : l'âge de l'Assuré se calcule par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et celui de l'année de naissance de l'Assuré, quel que soit le mois de naissance de l'Assuré.

Bénéficiaire

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

DROM-COM

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

Date de consolidation

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

Délai de carence

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

Délai de survie

Période déterminée pendant laquelle l'Assuré doit survivre après le diagnostic d'une maladie grave couverte pour avoir droit au versement d'une prestation. Le délai de survie est de 28 jours. Si l'Assuré ne survit pas à cette période, seul le capital en cas de Décès peut être exigé.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

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

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

Maladie Grave

Dans le cadre de ce contrat, sont garantis au titre de l'option « Maladie Grave », le cancer, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, la Sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer entraînant une Incapacité Temporaire Totale de travail, dans les conditions définies ci-dessus.

Non-Fumeur

Est considéré comme non-fumeur au sens du présent contrat l'Assuré qui déclare ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris cigarettes électroniques), cigares ou pipes, au cours des 24 derniers mois précédant l'adhésion au contrat, même occasionnellement.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'il est dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque 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 listés à l'article [D.434-2](#) II du Code de la Sécurité sociale.

Sinistre

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

Territoires

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

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

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



Ce que vous devez faire



Regardez attentivement



Soyez sensibilisé



Informations
complémentaires pour vous
aider



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

3 Objet du contrat

KOREGE Solution Famille 2 a pour objet de garantir, moyennant le versement de cotisations, le paiement d'un capital en cas de Décès ou en cas de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré. Toutefois, après 67 ans, l'objet du contrat consiste uniquement en une garantie en cas de Décès.

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

- l'option « Doublement du capital en cas d'Accident », qui entraîne le paiement d'un capital Décès/PTIA doublé en cas d'Accident,
- l'option « Maladie Grave » qui garantit à l'assuré le versement d'un capital égal à 10% du capital Décès sans excéder 100 000 euros en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave, dans les conditions définies à l'article 3.2.

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



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

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

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

3.1 LES GARANTIES PRINCIPALES (DECES/PTIA)

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

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

3.2 LES OPTIONS DU CONTRAT

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

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

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

L'option « Maladie Grave »

Objet de l'option

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

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

- **Le cancer** : il s'agit de toute tumeur à cellules malignes, caractérisée par un développement anarchique, qui franchit ou dépasse les limites du tissu originel sans la respecter ainsi que les tissus avoisinants/ adjacents et/ou avec propagation de métastases à distance.

Cette définition inclut les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin. Les mélanomes malins sont couverts si la tumeur est de stade supérieur ou égal à pT1bN0M0 (soit respectivement un indice de Breslow supérieur à 1 mm d'épaisseur verticale ou avec ulcération ou niveau de Clark IV ou V).

Seul l'examen anatomo-pathologique définitif permet d'affirmer la malignité d'une tumeur. Seule la date de l'examen anatomo-pathologique définitif permet de déterminer la date du diagnostic.

A défaut de pouvoir pratiquer un examen anatomo-pathologique pour des raisons médicales, le diagnostic de tumeur maligne doit être confirmé par un oncologue. De plus, les raisons médicales doivent être justifiées et la tumeur maligne confirmée par un scanner ou une IRM.

- **L'infarctus du myocarde** : mort d'une partie du muscle cardiaque ne recevant plus assez de sang, entraînant tous les signes, listés ci-dessous d'un infarctus du myocarde aigu :
 - symptômes cliniques typiques (par exemple, douleur thoracique caractéristique),
 - modifications électrocardiographiques récentes caractéristiques non présentes chez l'Assuré avant l'épisode (apparition d'une onde Q ou/et sus-élévation ou sous-décalage du segment ST),
 - élévation notable des enzymes cardiaques spécifiques (ex. CPK-MB) ou troponines.

Le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste en cardiologie.

- **L'accident vasculaire cérébral (AVC)** : tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose d'une artère cérébrale (hémorragie, infarctus cérébral, ou embolie d'origine extra-crânienne), aboutissant à des déficits neurologiques permanents.

Les déficits neurologiques permanents (sur la base du score AVQ, par exemple) doivent être confirmés par un médecin spécialiste en neurologie après une période d'au moins 3 mois après l'évènement.

- **La sclérose en plaques** : le diagnostic doit être établi par un médecin spécialiste en neurologie. Le diagnostic doit confirmer des anomalies neurologiques persistantes, a minima modérées, et l'existence de troubles associés.

Les symptômes typiques de démyélinisation et d'atteinte motrice ou sensitive doivent être prouvés. Le diagnostic doit s'appuyer sur des techniques diagnostiques modernes comme l'imagerie médicale.

L'assuré doit avoir un score EDSS supérieur à 5 (EDSS > 5) et présenter des anomalies neurologiques persistantes depuis au moins six mois consécutifs

- **La maladie d'Alzheimer et autres formes de démence organique** : dégradation ou perte des capacités intellectuelles et/ou comportement anormal, diagnostiqués et confirmés par un médecin spécialiste en neurologie. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de toute autre démence organique doit s'appuyer sur l'état clinique du patient, et sur des questionnaires et tests reconnus applicables à la maladie d'Alzheimer ou aux maladies dégénératives organiques irréversibles. La maladie doit entraîner une diminution significative (Score MMSE < 20) et concomitante des fonctions cognitives et sociales qui nécessite une surveillance et une assistance continues de l'Assuré. Le diagnostic doit être établi avant l'âge de 67 ans.

- **La maladie de Parkinson** : le diagnostic précis de la maladie de Parkinson idiopathique avant l'âge de 67 ans doit être établi par un médecin spécialiste en neurologie. La maladie se traduit par l'incapacité d'effectuer, sans l'aide constante d'une tierce personne, 3 ou plus des 6 actes de la vie quotidienne (Classification AVQ) suivants :

Les AVQ sont au nombre de 6 :

- La toilette : aptitude à se laver dans la baignoire ou la douche (y compris l'entrée ou la sortie de la baignoire/douche) ou à se laver par d'autres moyens.
- L'habillement : aptitude à mettre, enlever, attacher et détacher tous ses vêtements et, le cas échéant, tous appareils orthopédiques, membres artificiels ou autres appareils chirurgicaux.
- L'alimentation : aptitude à s'alimenter avec des plats préparés et mis à disposition.
- La continence : aptitude à utiliser les toilettes ou à éliminer ses urines et ses selles, y compris avec l'aide de protection ou de dispositifs chirurgicaux si nécessaire.
- Le déplacement : aptitude à se déplacer à l'intérieur de son logement, sur des surfaces sans obstacles.
- Les transferts : aptitude à passer du lit à une chaise ou à un fauteuil roulant, ou inversement.

Souscription de l'option

À tout moment, l'Assuré peut demander à souscrire l'option « Maladie Grave ». Toutefois, il ne peut souscrire qu'un seul contrat KOREGE Solution Famille 2 avec cette option. Il s'agit d'une garantie accessoire au contrat KOREGE Solution Famille 2 qui doit obligatoirement être souscrite en complément de la garantie Décès/PTIA. Le choix de cette option n'est possible que pour un Assuré ayant 60 ans au plus l'année de l'adhésion. Si l'option est souscrite en cours de contrat, un questionnaire de santé devra être rempli. L'Assureur se réserve le droit de demander les examens complémentaires nécessaires à l'instruction du dossier. Après analyse de tous ces éléments, l'Assureur acceptera ou non la couverture au titre de l'option « Maladie Grave ».

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

Un Délai de carence de 3 mois est appliqué à compter de la date d'effet indiquée sur le Certificat d'adhésion.



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

Prise d'effet de l'option

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

Durée de l'option

L'option « Maladie Grave » cesse :

- à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion qui suit votre 67ème anniversaire,
- à la date du versement du capital de l'option « Maladie Grave »,
- à la demande de résiliation de l'option par l'Assuré conformément aux conditions définies ci-dessous,
- à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail survenue pendant le délai de carence.

Mise en jeu de l'option



Si l'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à cause de sa maladie, l'Assureur verse un montant correspondant à 10 % du capital Décès sans pouvoir excéder 100 000 euros sous réserve d'une durée de survie de l'assuré de 28 jours à compter de la date de diagnostic

La mise en jeu de l'option « Maladie Grave » n'est valable qu'une seule fois pendant toute la vie du contrat souscrit par l'Assuré. Le versement du capital donne lieu à la résiliation définitive de l'option « Maladie Grave » et à la suppression de la part de cotisation correspondante à cette option.



Si l'Assuré est en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à cause d'une Maladie Grave survenue hors des Territoires où s'exerce l'option, les prestations 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. En cas d'impossibilité totale de l'Assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), l'Accident ou la maladie doit être constaté(e) par un médecin mandaté par l'Assureur. Les frais de déplacement du médecin conseil restent à la charge de l'Assuré, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée par le médecin conseil.

Résiliation de l'option

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

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

4 Qui peut adhérer au contrat ?



Pour souscrire au contrat, il faut :

- avoir la capacité de contracter,
- être une personne physique âgée de 18 ans révolus et 74 ans au plus l'année de l'adhésion,

Et

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

En complément, la garantie « PTIA » peut être souscrite uniquement par des assurés âgés de 66 ans au plus l'année de l'adhésion. L'option « Maladie Grave » peut être souscrite par des assurés âgés de 60 ans au plus l'année de l'adhésion.

5 Quelles sont les exclusions ?



L'Assureur ne couvre pas les suites et conséquences des événements, faits ou pratiques suivants sur l'ensemble des garanties :

- Tentatives de suicide, Accident ou mutilation relevant d'un fait intentionnel de l'Assuré.
- Suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet du présent contrat. En cas d'augmentation de garantie en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, n'est couvert qu'à compter de la seconde année qui suit cette augmentation.
- 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.

Les garanties restent acquises si la maladie ou l'Accident a été déclaré et accepté par l'Assureur.

- Guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, actes de terrorisme.

Les garanties restent acquises :

- si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements,
- en cas d'assistance à personne en danger,
- dans le cadre de l'exercice du devoir professionnel de l'assuré.

- Usage de stupéfiants ou de médicaments en dehors des limites de prescriptions médicales. L'usage de stupéfiants est caractérisé en cas de consommation ou d'absorption (peu importe le mode d'administration), qu'il soit habituel ou occasionnel, individuel ou collectif, d'une substance classée comme stupéfiant au sens de l'arrêté du 22 février 1990 « fixant la liste des substances classées comme stupéfiants » ou au sens des dispositions du Code de la santé publique.
- Accidents de navigation aérienne.

Les garanties restent acquises si l'Assuré se trouve soit en qualité de passager, soit en qualité de personnel navigant, à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, ce pilote ne pouvant être l'Assuré lui-même.

- 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.

Les garanties restent acquises en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manoeuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.

- Manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques.

Les garanties restent acquises :

- si ces engins et/ou produits sont utilisés dans le cadre de la profession de l'assuré,
- si les produits sont manipulés dans le cadre d'une utilisation domestique (produits ménagers).

- Accident de la circulation résultant d'un état alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation française (le code de la route) ou celle du lieu de l'Accident, en vigueur à la date de l'Accident, lorsque l'Assuré est le conducteur.
- 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).

Les garanties restent acquises si l'Assuré pratique le deltaplane, l'ULM, le parapente ou le parachutisme dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême ET dans tous les cas encadré par un professionnel habilité.

- Pratique par l'assuré de paris, de défis ou de tentatives de records, de sports extrêmes (base jump, sky flying, wingsuit, rooftopping, saut à l'élastique, exercices acrobatiques, voltiges aériennes), d'essais de matériel non homologué, vol d'essai ou vols sur prototypes.
- 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.
- Pratique par l'Assuré d'un sport comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur.
Les garanties restent acquises si l'Assuré pratique ce sport avec un véhicule terrestre à moteur dans le cadre d'un baptême et encadré par un professionnel habilité.
- Pratique de tout sport à titre professionnel (entraînement compris).
- Toute pratique sportive non représentée par une fédération française et agréée par le Ministère des Sports.

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

- d'Accidents survenus antérieurement à la date d'effet du contrat,
- des Accidents occasionnés lors de la pratique d'un sport dans le cadre de meetings, raids sportifs, matchs, courses, records et tentatives de records.

De même sont exclus les sports suivants :

- activités de montagne hors des pistes balisées ouvertes au public et/ou pratiquées à une altitude supérieure à 3 000 mètres,
- escalade pour des difficultés supérieures ou égales à V+,
- plongée sous-marine avec bouteilles (au-delà de 40 mètres de profondeur),
- plongée ou apnée sans bouteilles (au-delà de 6 mètres de profondeur).

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

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

Au titre du cancer :

- tumeurs bénignes ou précancéreuses,
- tumeurs pré-invasives et tumeurs in situ (pTis*) sans invasion ganglionnaire,
- dysplasie cervicale CIN I à III,
- carcinome de la vessie de stade pTa*,
- carcinome papillaire de la thyroïde et/ou le carcinome folliculaire de la thyroïde diagnostiqués au stade pT1a* (diagnostic histologique - tumeur de 1 cm ou moins dans sa plus grande dimension), sauf en cas d'envahissement locorégional et/ou de métastases à distance,
- cancer de la prostate diagnostiqué au stade pT1N0M0* (diagnostic histologique), ou les tumeurs prostatiques relevant de la surveillance active (dont les critères sont : abstention thérapeutique et classé jusqu'à pT2aN0 inclus selon la classification TNM, PSA $\leq$ 10 ng/mL, Gleason <7),
- leucémie lymphoïde chronique (LLC) classée à un stade inférieur au stade 3 de Rai,
- les tumeurs cutanées non citées dans la définition ci-dessus (*Selon la classification TNM internationale).

Au titre de l'accident vasculaire cérébral (AVC) :

- les accidents ischémiques transitoires (l'AIT est défini par un épisode bref de déficit neurologique réversible dont les signes durent moins d'une heure et sans signe à l'imagerie médicale) sont spécifiquement exclus,
- les lésions vasculaires cérébrales d'origine traumatique sont spécifiquement exclues de la couverture.

Au titre de la maladie de Parkinson :

- les syndromes parkinsoniens, quelle que soit l'étiologie, sont expressément exclus. Les autres maladies ou les syndromes sans l'étiologie spécifique de « Parkinson » ne seront pas pris en charge.

6 L'adhésion au contrat

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



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

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

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

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

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

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



Le contrat d'assurance est frappé de nullité :

- 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 conformément à l'article L. 132-26 du Code des assurances.
- En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque de la part de l'Assuré. Cela entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances. 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 réticence ou fausse déclaration non-intentionnelle de la part de l'Assuré peut entraîner une augmentation du montant de la cotisation acceptée par l'Assuré ou la réduction de la garantie au moment de sa mise en jeu ou la résiliation du contrat conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances.

6.1 LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT

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

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

- En cas d'acceptation sans réserve de la part de l'Assureur, la date d'effet du contrat est la date d'émission du Certificat d'adhésion.

En cas d'acceptation avec des conditions particulières (application de surprimes et/ou d'exclusions) : l'Assuré devra retourner la proposition d'assurance faite par l'Assureur datée et signée dans un délai maximum de 30 jours. Si dans ce délai, la réponse n'est pas parvenue à l'Assureur, le dossier sera classé sans suite. La date d'effet de l'adhésion est la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance signée par l'Assuré. Celui-ci adressera alors à l'Assuré un Certificat d'adhésion. A la prise d'effet du contrat, l'Adhérent acquiert alors la qualité.

En cas de refus de l'Assureur, le contrat sera réputé n'avoir jamais existé.

6.2 LA GARANTIE ACCIDENTELLE PROVISOIRE

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

Elle cesse :

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

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

6.3 LA DESIGNATION DU BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES

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



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

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

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

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

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

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

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

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

6.4 LE MONTANT DES COTISATIONS

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

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

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

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



La cotisation évolue ensuite en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du montant du capital assuré à chaque date anniversaire de la prise d'effet du contrat.

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

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

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

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

6.5 LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Modalités de paiement des cotisations

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

Défaut de paiement des cotisations



En cas de non-paiement de la cotisation d'assurance, l'Assureur adresse, à partir du 11^{ème} jour suivant la date de son échéance, à l'Adhérent une lettre lui demandant de régulariser sa cotisation.

Sans action de sa part dans les 10 jours qui suivent l'envoi de cette lettre, 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 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, la cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et le contrat sera résilié.

Dans le cas où les garanties du contrat seraient mises en jeu pendant ce délai de 40 jours, la garantie est maintenue mais l'Assureur pourra retenir le montant de la cotisation non payée sur le montant du capital à payer.

7 La vie du contrat

7.1 COMMENT FAIRE EVOLUER SON CONTRAT ?



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

Pour toute demande de modification à la hausse du montant du capital du contrat (sauf évènements relevant de l'article 7.3), l'assuré devra se soumettre à de nouvelles formalités d'adhésion (article 6).

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

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

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

7.2 AUGMENTATION DE GARANTIE

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

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

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

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

7.3 AUGMENTATION DE GARANTIE LIEE A DES EVENEMENTS DE LA VIE



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

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

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

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

- en cas de mariage ou de PACS, copie de l'extrait de l'acte de mariage sur le livret de famille ou copie de l'attestation d'engagement dans les liens d'un PACS enregistré par l'officier d'état civil,
- en cas de naissance ou d'arrivée au foyer d'un enfant dans le cadre ou en vue de son adoption :
 - adoption simple : copie de l'intégralité du livret de famille,
 - adoption plénière : copie de la décision de placement en vue de l'adoption de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de tout organisme autorisé.

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

7.4 DIMINUTION DE GARANTIE

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

Jusqu'à 1 000 000 euros de capital initial garanti, si l'option « Maladie Grave » est souscrite, toute diminution de garantie entraîne une diminution du capital garanti en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave.

Au-delà de 1 000 000 euros de capital initial garanti, si l'option « Maladie Grave » est souscrite, la diminution de garantie n'entraîne pas une diminution du capital garanti en cas d'incapacité résultant d'une Maladie Grave.

La modification du montant garanti est constatée par un avenant.

7.5 COMMENT DECLARER UN CHANGEMENT DE SITUATION ?



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

7.6 LA CESSATION DES GARANTIES



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

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

Le contrat cesse :



- à la date de réception de la lettre de renonciation de l'Assuré, adressée en recommandé avec avis de réception, ou en renseignant le formulaire dédié sur le site de Kereis – assure.kereisfrance.com, en cas d'exercice de cette faculté prévue à l'article 7.7,
- à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion qui suit votre 85ème anniversaire,

Exemples : si vous avez adhéré au contrat un 1^{er} juillet et que vous fêtez vos 85 ans le 1^{er} décembre 2026, le contrat cessera le 1^{er} juillet 2027.

Si vous fêtez vos 85 ans le 1^{er} juillet 2026 et que vous avez adhéré au contrat un 1^{er} décembre, le contrat cessera le 1^{er} décembre 2026.

- en cas de résiliation du contrat, selon les dispositions ci-dessous,
- en cas de reconnaissance d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- au Décès de l'Assuré.

Les garanties cessent :

- pour la garantie décès : à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion qui suit votre 85ème anniversaire,
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion qui suit votre 67ème anniversaire
- pour l'option « Maladie Grave » à la date anniversaire de la prise d'effet de l'adhésion qui suit votre 67^{ème} anniversaire

7.7 LA RENONCIATION



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

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

- soit en adressant à Kereis France (CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9) une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :
"Exerçant le droit de renonciation à mon adhésion au contrat KOREGE Solution Famille 2, je vous prie de bien vouloir procéder à la restitution des cotisations versées. Date et signature".
- soit en ligne via l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/>

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

7.8 LA RESILIATION

Résiliation par l'Assuré

La résiliation par l'Assuré peut se faire à tout moment, moyennant un préavis de 1 mois :



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

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

La résiliation par l'Assureur



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

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

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions de l'article 6.5. Cette résiliation ne dispense pas l'Assuré du paiement des cotisations dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle dans les conditions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.

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

8 Le sinistre

8.1 COMMENT DECLARER UN SINISTRE ?

En cas de décès



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

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

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

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

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

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

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

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

et,

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

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

- le certificat médical sur formulaire délivré par l'Assureur accompagné du courrier du médecin traitant prévus ci-dessus et complétés des informations suivantes : la cause, la nature, la date de survenance de l'Accident à l'origine de l'invalidité et décrivant de façon détaillée l'état de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et sa consolidation, et,
- pour l'Assuré assujetti à la Sécurité sociale, la notification par celle-ci de classement en invalidité de 3ème catégorie,
- pour les non-assujettis à la Sécurité Sociale : notification de mise en invalidité ou de l'attribution d'une pension émanant de l'organisme social auquel est affilié l'Assuré,
- ainsi que toutes pièces justifiant que la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résulte d'un Accident (procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse...).

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

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

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

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

Selon la pathologie

En cas de cancer

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

En cas d'infarctus du myocarde

- Le compte-rendu de l'échocardiographie (échographie cardiaque)
- Le compte-rendu de la coronarographie ou d'angiographie
- Le compte-rendu d'hospitalisation

En cas d'accident vasculaire cérébral (AVC)

- Le compte-rendu de la tomodensitométrie et l'IRM ou de l'écho-doppler carotidien et transcrânien
- Le bilan cardiologique
- Le bilan neurologique

En cas de sclérose en plaques

- Le compte-rendu du neurologue précisant : la date d'apparition des premiers symptômes, la date de diagnostic, la forme de SEP, le retentissement fonctionnel et les traitements en cours
- Le compte-rendu d'IRM cérébrale et médullaire

En cas de maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence organique

- Les différents comptes-rendus de consultation auprès du neurologue ou gériatre
- Les résultats des tests cognitifs (MMSE, Test de l'horloge, etc.)

En cas de maladie de Parkinson

- Un compte-rendu neurologique précisant les symptômes, les examens réalisés et les traitements

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

8.2 PAIEMENT DU CAPITAL GARANTI

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

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

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

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

Dans le cadre de l'option « Maladie Grave », et sous réserve de l'acceptation de l'Assureur, le capital garanti est payé à l'issue du délai de survie de 28 jours, sauf en cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) tel que défini à l'article 3.2.

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

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

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

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

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

8.3 LA PROCEDURE DE CONTROLE MEDICAL

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

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



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

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

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

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

9 Informations générales

9.1 PROCEDURE DE RECLAMATION ET DE MEDIATION



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

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

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

9.2 LE DELAI DE PRESCRIPTION

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

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

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

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

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

- la désignation d'expert à la suite d'un Sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

- contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure (2234 Code civil),

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

9.3 LA RESPONSABILITE FISCALE

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

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

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

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

9.4 ATTRIBUTION DE COMPETENCE

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

9.5 LES DONNEES PERSONNELLES

Toutes les données à caractère personnel liées aux présentes sont collectées, traitées et conservées conformément à la Charte de protection des données à caractère personnel, qui est consultable à l'adresse suivante : <https://www.korege.fr/protection-des-donnees-personnelles> et disponible sur simple demande.

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

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

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

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

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

9.6 LES DISPOSITIONS SPECIFIQUES APPLICABLES EN CAS DE COMMERCIALISATION A DISTANCE

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

Durée de validité des informations fournies

Les informations sont valables 90 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.

Modalités de conclusion du contrat

Pour adhérer, l'Adhérent/Assuré doit choisir son mode de signature (électronique ou papier) et doit prendre connaissance de l'ensemble de la documentation précontractuelle et contractuelle du dossier d'adhésion adressé soit par papier soit sur support durable.

Si l'adhésion choisie est le format papier : l'Assuré doit 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 conseil de l'Assureur.

Si l'adhésion choisie est le format électronique : l'Adhérent/Assuré doit compléter, dater et signer les documents de manière électronique.

Droit de renonciation

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

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

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

- soit en adressant à Kereis France (CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9) une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant : "Exerçant le droit de renonciation à mon adhésion au contrat KOREGE Solution Famille 2, je vous prie de bien vouloir procéder à la restitution des cotisations versées. Date et signature".
- Soit en ligne via l'adresse : <https://assure.kereisfrance.com/>

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

Langue utilisée

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

Loi applicable

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

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

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

10 Mentions légales

KOREGE – Société d'assurance du Groupe Matmut • Entreprise régie par le Code des assurances • Société Anonyme au capital de 115 000 000 € entièrement libéré • SIREN 338 075 062 RCS Nanterre • No ADEME : FR232701_01ZKVD • Siège social : Immeuble Cœur-Défense – 110, esplanade du Général-de-Gaulle 92400 Courbevoie • Adresse postale : 76030 Rouen CEDEX 01.

