

CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE

CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES

CONTRAT FÉDÉRAL ASSOCIATIF

ÉDITION 2017

ASSURANCE DÉCÈS toutes causes

Conditions Générales au 01/01/2017 valant notice d'information

Article 1 - L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N° 208GA0005-B est souscrit par la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France (MNSPF), dont le siège social est 32, rue Bréguet, 75 011 PARIS, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 776 949 760, auprès de SPHÉRIA Vie, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 22 420 000 euros, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 23 Boulevard Jean-Jaurès 45000 ORLEANS, immatriculée au RCS d'Orléans sous le n° 414 494 708.

Il a pour objet de garantir à l'assuré les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur.

Article 2 - DÉFINITIONS

SOUSCRIPTEUR : la Mutuelle nationale des sapeurs-pompiers de France (MNSPF)

ASSUREUR : SPHÉRIA Vie.

ADHÉRENT : Personne morale désignée comme telle au certificat d'adhésion, signataire au certificat d'adhésion et acquittant les cotisations. Il s'agit des unions départementales de sapeurs-pompiers ou autres associations de sapeurs-pompiers, membres de la MNSPF et adhérentes à la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France, et qui ont au minimum souscrit les garanties du « socle de base », prévues à l'offre d'assurance collective associative intitulée « Contrat Fédéral Associatif » et définies au certificat d'adhésion. Ces associations ou unions doivent être domiciliées en France Métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer, communément appelés les DROM.

ASSURÉS : Tous les sapeurs-pompiers volontaires ou professionnels en service commandé ou non, les jeunes sapeurs-pompiers, les vétérans ou anciens, ainsi que tous les personnels administratifs des S.D.I.S., inscrits à l'effectif de l'union départementale ou de toute autre association de sapeurs-pompiers adhérant au présent contrat.

JEUNES SAPEURS- POMPIERS : Jeunes, âgés de 12 à 18 ans, suivant une formation dispensée par l'U.D.S.P ou à défaut par une association de JSP, visant à développer leur esprit de solidarité, ou à leur proposer toute activité concourant à leur plein épanouissement et à les initier aux techniques propres aux sapeurs-pompiers afin de susciter des vocations.

VÉTÉRANS (ou anciens) : Anciens sapeurs-pompiers âgés de moins de 85 ans, n'exerçant plus d'activité en tant que sapeur-pompier au sein du SDIS mais exerçant encore des activités de type associatif telles que : organisations de manifestations, ventes de calendriers ou toutes autres activités patronnées par une union départementale de sapeurs-pompiers ou autres associations de sapeurs-pompiers.

MALADIE : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Article 3 - RELATION ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR

Le contrat collectif « Assurance Décès toutes causes » à effet du 01/01/2009, modifié par un dernier avenant en date du 01/01/2017, est souscrit pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de la même année. Il est ensuite reconduit tacitement chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation du souscripteur ou de l'assureur notifiée par lettre recommandée avec préavis de deux mois. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sauf résiliation anticipée dans les cas prévus à l'article « obligation de déclaration ». Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article "paiement des cotisations". Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées dès la date de réception par l'une ou l'autre des parties de la lettre recommandée de résiliation. Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une copie des conditions générales valant note d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle note d'information.

Article 4 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Peuvent bénéficier des garanties du présent contrat telles que décrites ci-dessous, les assurés tels que définis à l'article 2. Il s'agit :

- Des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, en service commandé ou non, âgés d'au moins 16 ans inclus et de moins de 85 ans au moment de l'entrée dans l'assurance.
- Des personnels administratifs des SDIS âgés de 18 ans inclus à moins de 85 ans au moment de l'entrée dans l'assurance.
- Des vétérans ou anciens, âgés de moins de 85 ans au moment de l'entrée dans l'assurance.
- Des jeunes sapeurs-pompiers, âgés de 12 ans inclus à moins de 18 ans au moment de l'entrée dans l'assurance.

Les conditions de garanties et de tarifs décrits ci-dessous sont accordés sous réserve que les assurés soient préalablement déclarés par l'adhérent à l'assureur dans l'exercice civil correspondant à leur date d'entrée dans la catégorie de personnel assuré. Passé ce délai, la prise d'effet des garanties est automatiquement reportée à la date de réception par l'assureur de la déclaration et des pièces justificatives fournies par l'adhérent.

Décès toutes causes

En cas de décès de l'assuré par suite de maladie ou accident, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital forfaitaire mentionné au certificat d'adhésion.

Le montant du capital pouvant être garanti par assuré est de :

- Au minimum 4 000 euros,
- Au maximum 30 000 euros.

Le montant du capital retenu par l'adhérent est applicable à l'ensemble de ses effectifs assurés et peut évoluer à sa demande à la date d'échéance de l'adhésion dans la limite du montant maximum de 30 000€.

Le capital fixé au certificat d'adhésion est réduit à compter du 75ème anniversaire de l'assuré, selon un barème dégressif défini ci-après et ce jusqu'à son 84ème anniversaire.

Age de l'assuré à partir de 75 ans	Montant du capital réduit (en % du capital forfaitaire souscrit)	Age de l'assuré à partir de 75 ans	Montant du capital réduit (en % du capital forfaitaire souscrit)
75	70%	80	45%
76	65%	81	40%
77	60%	82	35%
78	55%	83	30%
79	50%	84	25%

Le capital garanti en cas de décès au profit d'un bénéficiaire personne physique, dont le montant figure au certificat d'adhésion, produit intérêt de plein droit, net de frais et pour chaque année civile, dès la date du décès de l'assuré et jusqu'à réception par l'assureur de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement, ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations, à un 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, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Le cumul des capitaux garantis par assuré dans le cadre d'adhésions multiples au contrat ASSURANCE DÉCÈS toutes causes, ne peut être supérieur à 30 000 euros.

BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

Les bénéficiaires des capitaux dus au décès de l'assuré sont la ou les personnes désignées par l'assuré lui-même sur le formulaire « désignation de bénéficiaire » ou sur lettre manuscrite, daté et signé par l'assuré et adressé à l'assureur. La désignation du bénéficiaire peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il lui est conseillé de porter au contrat les coordonnées et date de naissance de ce dernier qui seront utilisées par l'assureur en cas de décès de l'assuré.

La qualité de bénéficiaire s'apprécie au jour du décès de l'assuré.

A défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire ou en cas de prédécès du ou des bénéficiaires désignés par l'assuré, le capital sera versé selon la clause type suivante : le conjoint de l'assuré au jour du décès, non séparé de droit, à défaut le concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à l'assureur ou la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré par parts égales, à défaut l'Oeuvre des pupilles orphelins et fonds d'entraide des sapeurs-pompiers de France.

À tout moment en cours de contrat, l'assuré peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par celui-ci.

Article 5 - COMMENT ADHÉRER AU CONTRAT ?

ADHÉRENTS : peuvent adhérer au présent contrat les Unions départementales ou autres associations de sapeurs-pompiers adhérentes à la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers et ayant souscrit les garanties du socle de base prévues à l'offre d'assurance collective associative intitulée « Contrat Fédéral Associatif »

ayant satisfait aux formalités suivantes :

- avoir complété et signé un certificat d'adhésion au contrat collectif associatif intitulé « Contrat Fédéral Associatif » comprenant l'adhésion au présent contrat,
- régler la cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

ASSURÉS :

Sont obligatoirement admis à l'assurance :

- Les sapeurs-pompiers volontaires et professionnels, en service commandé ou non, âgés d'au moins 16 ans inclus et de moins de 85 ans au moment de l'entrée dans l'assurance,
- Les personnels administratifs des SDIS âgés de 18 ans inclus à moins de 85 ans au moment de l'entrée dans l'assurance.

Sous réserve :

- d'avoir été déclaré par l'adhérent dès son entrée dans l'assurance,

L'assureur se réserve le droit de différer la prise d'effet de l'adhésion (ou de l'avenant), de ne l'accepter que sous certaines conditions ou de la refuser.

L'admission à l'assurance du groupe des jeunes sapeurs-pompiers et/ou du groupe des vétérans tels que définis à l'article 2 des présentes conditions générales, est facultative.

Article 6 - CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

Sont exclus des garanties, les sinistres résultant :

- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion
- des conséquences des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- des conséquences de guerre civile ou étrangère, d'attentat, de grève, d'émeute, d'insurrection, de rixe, d'acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active et volontaire, sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel,
- les voyages d'exploration et les expéditions scientifiques,
- de la manipulation volontaire d'armes à feu, d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations, provenant d'une transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle des particules,
- des conséquences de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation,
- de la pratique de tous sports en tant que sportif professionnel,
- de la participation à des courses, matches, paris, défis, raids, acrobaties, tentatives de records, essais et entraînements qui précèdent ceux-ci, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'assuré prendrait part à titre d'amateur ou finales d'épreuves sportives officielles telles que définies dans la garantie.
- de la participation à des compétitions nécessitant l'utilisation d'engins à moteur,
- du risque de navigation aérienne si la personne assurée se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valide, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même : les paris, courses, acrobaties ou voltiges aériennes, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols sur prototype ou essais préparatoires ainsi que les essais de réception sont exclus des garanties,
- de la pratique des sports suivants : ultra légers motorisés (ULM), ailes volantes (delta plane), vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique,
- de l'homicide volontaire ou de la tentative d'homicide de l'assuré par le bénéficiaire,
- de l'usage de stupéfiants, tranquillisants, drogues et produits toxiques en quantités non prescrites médicalement ou obtenus frauduleusement.
- les sinistres résultant de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal autorisé.

Article 7 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré l'adhérent ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous pour chaque garantie, doit déclarer à l'assureur ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat. L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'assureur (ou le cas échéant à son médecin-consultant) de toutes les pièces mentionnées respectivement ci-dessous pour chaque garantie et sous réserve du contrôle prévu à l'article "contrôle de l'assuré".

En cas de décès :

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge de l'adhérent et/ou du bénéficiaire et doivent

être adressées directement à l'assureur ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui. Le règlement des prestations est effectué après vérification que le sinistre ne résulte pas d'un des risques exclus indiqués au contrat et sur présentation des pièces suivantes :

- le formulaire de « déclaration de sinistre décès » fourni par l'assureur, dûment complété et signé par le représentant qualifié de l'assuré,
- un extrait d'acte de décès de la personne décédée,
- une photocopie lisible du livret de famille de l'assuré ou du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou du passeport des bénéficiaires si ceux-ci ne sont ni le conjoint, ni les enfants de l'assuré, portant la mention suivante de la main du bénéficiaire : « Je soussigné(e), NOM, PRÉNOM, né(e) le..., certifie l'exactitude des mentions portées sur le présent document et déclare sur l'honneur remplir les conditions pour bénéficier des prestations » suivie de la date et de la signature du bénéficiaire,
- une attestation notariée de dévolution (ou acte de notoriété) délivré par le notaire chargé de la succession,
- toute pièce justifiant soit le lien conjugal soit la qualité d'enfant à charge,
- un certificat médical adressé au médecin consultant de l'assureur et précisant, dans la mesure du possible, la nature de la maladie ou des lésions à l'origine du décès de l'assuré. Un certificat post-mortem peut, le cas échéant, être demandé au médecin traitant, à défaut, au médecin ayant constaté le décès, les causes et circonstances du décès, à défaut s'il s'agit d'une mort naturelle, accidentelle ou d'un suicide,
- en cas de décès accidentel, le procès-verbal de police ou de gendarmerie relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès ou toute pièce analogue prouvant le caractère accidentel de l'évènement en cause et la relation directe entre l'accident et le décès,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'assureur.

CONTRÔLE DE L'ASSURÉ :

L'assureur se réserve la possibilité de faire réaliser par un médecin expert ou bien par son médecin consultant une expertise sur pièces, dès lors qu'il la jugerait nécessaire pour l'ouverture des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si le(s) bénéficiaire(s) refusent d'y donner suite ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas de force majeure dont il(s) rapportera(en)t la preuve.

LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale sur pièces effectuée par un expert désigné par l'assureur ou bien par son médecin consultant, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chacun paie les honoraires de son expert ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties.

Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

Article 8 - LA VIE DE L'ADHÉSION

EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES DE L'ADHÉSION

Effet des garanties :

Les garanties sont acquises, après acceptation de l'assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion afférent au Contrat Fédéral Associatif, délivré par l'assureur à l'adhérent, ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui, sous réserve du paiement effectif de la 1ère cotisation. L'adhésion est souscrite pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme des garanties tel que défini ci-après.

Cessation des garanties :

Les garanties prennent fin dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de résiliation du présent contrat à l'échéance anniversaire, suite à dénonciation du souscripteur ou de l'assureur, notifiée par lettre recommandée avec préavis de deux mois.

À l'égard de chaque assuré, les garanties faisant l'objet du présent contrat prennent fin dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- dès que l'assuré ne répond plus aux conditions définies à l'article 2 ou qu'il n'est plus inscrit à l'effectif de l'adhérent.
- à l'âge limite atteint, soit au 85^{ème} anniversaire de l'assuré,

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent :

- au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1er janvier.

- en cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- en cas de non- paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
- en cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Par l'adhérent ou l'assureur :

en cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

OBLIGATION DE DÉCLARATION – bordereaux à fournir

L'assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'assuré et/ou de l'adhérent. L'adhérent s'engage à déclarer à l'assureur tous les « assurés » tels que définis à l'article 2, bénéficiant des garanties du présent contrat et s'engage à maintenir dans l'adhésion, les assurés qui remplissent les conditions d'affiliation.

L'adhérent s'engage à :

- déclarer et à remettre à l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, un état détaillé tête par tête des personnes assurées pour l'exercice considéré, dûment complété, daté et revêtu du cachet de l'adhérent et de la signature de son représentant légal. Cet état devra préciser leur nom, prénom, date de naissance, statut (SPV, SPP et PAT) et date d'entrée dans l'assurance.
- à informer l'assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'établissement de l'adhésion, qui est valable en tous lieux et incontestable dès sa prise d'effet. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent et/ou de l'assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances, les cotisations versées restant acquises à l'assureur. **De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants droit ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.**

PAIEMENT DE LA COTISATION

Mode de calcul :

La cotisation annuelle est calculée par assuré, en euros, en fonction du montant du capital forfaitaire.

Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article "résiliation de l'adhésion".

Mode de paiement de la cotisation :

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances de paiement fixées aux avis d'échéance transmis selon la périodicité ci-après :

Avis d'échéance principal - Au 1^{er} janvier : paiement d'avance des cotisations annuelles pour l'ensemble des personnes « assurées » présentes et en activité à cette date.

Avis d'échéance complémentaire(s) de régularisation – au plus tard au 31 décembre : paiement des cotisations dues au titre des entrées et sorties dans l'assurance au cours de l'année écoulée, non comptabilisés lors de l'appel de cotisation annuelle du 1^{er} janvier. Ces cotisations seront calculées pour chacun, en mois entiers à compter de la date d'entrée dans l'assurance jusqu'au 31/12 de l'année en cours.

Défaut de paiement :

En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée sera adressée à l'adhérent, lui fixant un délai de 40 jours à l'expiration duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. La cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent en totalité dues à l'assureur.

Article 9 - COMPTE DE RÉSULTAT

Au terme de chaque exercice civil et pour l'ensemble des adhésions souscrites dans le cadre du présent contrat collectif « Assurance Décès toutes causes », l'assureur établit un compte de résultats reprenant la totalité des produits et charges imputables à chaque garantie. Si le solde de ce compte est excédentaire, l'assureur affecte une partie dudit solde en provision d'égalisation. Cette provision est destinée en priorité à apurer les soldes de résultats des exercices antérieurs pour le cas où ils seraient déficitaires. Son montant maximum cumulé ne peut excéder le montant des cotisations afférentes au dernier

exercice écoulé.

Article 10 - TERRITORIALITÉ

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. Toutefois, lorsque le décès survient à l'étranger, le versement des prestations s'effectue après le retour en France métropolitaine ou France d'Outre-Mer.

Article 11 - PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

Prescription :

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance

- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Nonobstant ces dispositions, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

Une demande en justice, même en référé ou portée devant une juridiction incompétente,

Un acte d'exécution forcé,

La reconnaissance précise et non équivoque par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ; l'interruption de la prescription peut en outre résulter de 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 prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Prélèvements fiscaux et sociaux :

Tous les prélèvements fiscaux et sociaux présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'adhérent.

Article 12 - FACULTÉ DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions des articles A.132-4-2 et L.132-5-2 du Code des Assurances, l'adhérent(e) peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires à compter du moment où il est informé de cette adhésion (date de réception de son certificat d'adhésion). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHÉRIA Vie – 23 Boulevard Jean-Jaurès – 45000 ORLEANS. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : MODÈLE DE LETTRE DE RENONCIATION (A adresser à SPHÉRIA VIE par lettre recommandée avec accusé de réception). Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion « ASSURANCE DÉCÈS » n°..... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de ma demande.

Date : Signature :

Article 13 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'adhérent ou l'assuré est informé de la nécessité de répondre à l'ensemble des questions qui lui seront éventuellement posées, ses réponses étant indispensables au traitement de l'adhésion ainsi qu'à la gestion de son dossier. Seuls SPHÉRIA Vie, ses réassureurs ainsi que le souscripteur du présent contrat collectif pourront être destinataires de ces données. L'adhérent peut demander, en application des dispositions de la Loi Informatiques et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier le concernant, en faisant parvenir sa demande au siège social de SPHÉRIA VIE, 23 Boulevard Jean-Jaurès 45000 ORLEANS.

Article 14 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Toute demande d'information relative à l'application du présent contrat doit être présentée auprès de votre interlocuteur habituel ou directement auprès de l'assureur : SPHÉRIA VIE - 23 Boulevard Jean-Jaurès – 45000 ORLÉANS.

Toute réclamation liée à l'interprétation, l'exécution, la cessation du présent contrat sera traitée dans le respect de la procédure afférente au traitement des réclamations établie par SPHÉRIA VIE conformément à la réglementation en vigueur.

Cette procédure peut être consultée sur le site internet www.spheria-vie.fr

Si, après épuisement des voies de recours décrites à cette procédure un désaccord subsiste, il vous est possible de solliciter gratuitement une procédure de Médiation en adressant votre demande à l'adresse suivante : SPHERIA VIE – MEDIATION- 23 Boulevard Jean-Jaurès – BP 1423 – 45004 ORLEANS Cedex 1.

De plus amples informations quant à ce dispositif de médiation sont disponibles sur le site internet de SPHERIA VIE.

Article 15 - CONTRÔLE

SPHERIA VIE est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.