

NOTICE D'INFORMATION

ALPHA EMPRUNTEUR CI

Notice d'information (REF.MHC-16038_2209) au contrat d'assurance de groupe ALPHA EMPRUNTEUR CI N°33177/2 souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (située Technopole du Moulin, Rond-point du Canet, CS 10019, 13590 MEYREUIL), association à but non lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901, auprès de Quatrem (ci-après dénommé "Assureur" - filiale à 100% du groupe Malakoff Humanis, Société anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte – 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724) entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le paiement, en cas de Sinistre sur la personne assurée, de tout ou partie des sommes dues par l'Emprunteur, le Co-Emprunteur ou la Caution à l'Organisme Prêteur, au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance.

Il permet aux Emprunteurs, Co-Emprunteurs et à leurs Cautions de s'assurer en fonction de leurs choix, contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP).

La souscription au présent contrat est subordonnée à la condition que le risque couvert ne soit pas réalisé à la date d'effet du contrat.

La présente notice d'information a pour objet de décrire le fonctionnement général du contrat notamment les garanties proposées et les prestations correspondantes.

2. PERSONNES ADMISSIBLES

Sont admissibles au présent contrat, les personnes physiques qui :

- Résident en France métropolitaine, à Monaco, dans les départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion), en Polynésie Française ou Nouvelle Calédonie, ou qui
- Résident à l'étranger et souscrivent un prêt en vue de financer l'acquisition d'une résidence principale ou secondaire en France métropolitaine, à Monaco, en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion. Pour les résidents à l'étranger, lorsque le prêt sert à financer l'acquisition d'une résidence secondaire, seule la garantie Décès et PTIA pourra être accordée.

En outre, ces personnes physiques doivent à la date de la demande d'adhésion :

- Être âgées de plus de 18 ans et de moins de 81 ans pour la garantie décès, et de moins de 67 ans pour les autres garanties,
- Avoir souscrit un emprunt en leur nom propre en qualité d'Emprunteur, Co-Emprunteur ou Caution ou, pour le compte d'une personne morale souscripteur de l'opération de crédit, en qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de Caution solidaire de la personne morale.

Pour les Prêts immobiliers, le Proposant n'a pas à se soumettre à des formalités médicales sous réserve que :

- Le montant assuré total de ses prêts (y compris l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre de la présente convention) n'excède pas 200 000 euros à la date d'adhésion
- Et que l'emprunt ou les emprunts à assurer au titre du présent contrat arrive(nt) à échéance de remboursement avant son 60ème anniversaire.

Si l'Emprunteur est une personne morale, son siège social doit être situé en France métropolitaine, à Monaco, en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion, en Nouvelle Calédonie ou en Polynésie Française.

3. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

Les opérations de crédit doivent être réalisées en euros, rédigées en français et consenties par des établissements de crédit français situés en France ou succursales d'établissement de crédit français situées dans un état membre de l'Union Européenne ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne, pour un montant minimal assuré de 17 000 € et une durée minimale d'un an.

3 a. Prêts concernés :

Sont éligibles, les opérations de crédit suivantes ayant pour objet un prêt immobilier ou un prêt professionnel :

PRÊTS AMORTISSABLES :

- d'une durée maximale de 420 mois avec ou sans différé total (différé de capital et intérêts) ou différé partiel (différé de capital seulement),

LES PRÊTS RELAIS,

- d'une durée maximale de 36 mois.

LES PRÊTS IN FINE,

- d'une durée maximale de 180 mois.

Pour le Proposant qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale, les prêts in fine sont exclus.

LES PRETS DE RESTRUCTURATION

- d'une durée maximale de 420 mois.

3 b. Prêts exclus :

Les prêts en devises, les prêts entre particuliers, les crédits renouvelables, les découverts, les opérations de crédit-bail et de leasing ne sont pas éligibles au présent contrat.

4. GARANTIES PROPOSÉES

Les FORMULES de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

▪ FORMULE 1

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).

▪ FORMULE 2

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),
- INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE OU TOTALE (ITP/ITT) et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT).

▪ FORMULE 3

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),
- INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE OU TOTALE (ITP/ITT), INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP).

Il est possible de souscrire les options suivantes :

- Renfort PSY/DOS permettant de lever les exclusions relatives aux affections dorsales et aux affections psychiatriques, au moment de l'adhésion, en complément des FORMULES 2 et 3
- « bénéficiaires croisés » pour les prêts amortissables ou de restructuration d'un montant maximal de 500 000 euros. Cette option est disponible pour les personnes âgées au maximum de 67 ans au moment de l'adhésion, ayant un pourcentage assuré inférieur à 100% auprès de l'organisme prêteur, et qui souhaitent compléter à 100% cette couverture par le paiement à un bénéficiaire désigné en cas de décès, ou eux même en cas d'arrêt de travail, du surplus de paiement. Le surplus ne peut dépasser le montant garanti auprès de l'organisme financier. Cette option n'est pas disponible pour les cautions. Les garanties sont définies à l'article 8.

Choix de la Franchise : l'Adhérent qui souscrit les garanties ITT, IPT, IPP a le choix au moment de sa demande d'adhésion entre une Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

Pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale, seules les Franchises 90,120 et 180 jours sont disponibles.

Dans tous les cas, seules seront accordées à l'Assuré les garanties mentionnées sur son Certificat d'Adhésion.

5. FORMALITES D'ADHESION

5.1 Formalités médicales et administratives

Chaque Proposant doit remplir et signer une Demande d'Adhésion et satisfaire aux formalités médicales et financières demandées en fonction du capital à garantir, de son âge et de son état de santé.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et à l'étude du dossier d'adhésion.

L'Assureur rembourse, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités médicales qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si l'Adhésion est effective,
- si l'Adhésion est refusée par l'Assureur,
- si l'Adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusions, restriction sur les garanties).

Décision de l'assureur :

Au terme de l'examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- Accorder l'assurance aux conditions standards ;
- Accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties ;
- Refuser ou ajourner l'admission de la personne à assurer.

En cas d'accord moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties, l'Assureur adresse au Proposant une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation. Le Proposant, s'il accepte la décision, doit donner son consentement par écrit sur les conditions proposées, en retournant la lettre de notification datée et signée. A défaut, la proposition est considérée comme refusée par le Proposant

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à 4 mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut 6 mois à compter de la date de signature de la Demande d'Adhésion. Si, au terme de ce délai, la prise d'effet de l'Adhésion n'est pas intervenue, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

5.2 Emission du Certificat d'Adhésion

Les conditions d'acceptation de l'Assureur sont mentionnées au Certificat d'Adhésion.

Sous réserve de la réception des pièces nécessaires à son édition, le Certificat d'Adhésion est émis :

- sans délai, lorsque l'Adhésion est acceptée aux conditions standards,
- à la réception de la lettre de notification datée et signée par l'Assuré, lorsque l'Adhésion fait l'objet de conditions particulières d'acceptation.

La prise d'effet des garanties doit intervenir au plus tard dans les 6 mois suivant l'émission du Certificat d'Adhésion.

L'Assureur se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion si la prise d'effet des garanties n'intervient pas dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion.

Tout changement en cours d'Adhésion doit être déclaré auprès de l'Assureur dans les conditions décrites au chapitre 10. « MODIFICATION EN COURS D'ADHESION ».

6. DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

6.1 Prise d'effet et durée de l'Adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'édition indiquée au Certificat d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour toute la durée du prêt couvert par l'assurance, sous réserve des cas de cessation de l'Adhésion prévus au chapitre 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ».

6.2 Début des garanties

Dès lors que l'Adhésion a pris effet et sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- pour une première assurance, à la date de la signature de l'offre de prêt,
- pour une adhésion conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation, à la date d'effet retenue par l'Organisme prêteur qui a accepté la substitution d'assurance,
- et, dans tous les cas, **au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'Adhésion.**

Particularité de la vente à distance applicable aux prêts à caractère non professionnel

La prise d'effet des garanties est subordonnée à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au paragraphe 17.1 « FACULTE DE RENONCIATION » qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les garanties peuvent toutefois prendre effet à l'une des dates prévues au paragraphe précédent lorsque celles-ci sont antérieures à l'expiration du délai de renonciation à condition que l'Adhérent le demande expressément à l'adhésion.

En cas de refus d'un prêt par l'Organisme Prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à ce prêt et éventuellement perçues lors de l'Adhésion, sont intégralement remboursées. L'adhésion au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet pour ce prêt.

6.3 Maintien des conditions d'acceptation

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'Adhésion dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée de

l'Adhésion dans les limites prévues à l'article 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES » selon les conditions indiquées dans le Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur.

7. QUOTITE GARANTIE

La Quotité est choisie au moment de l'Adhésion au contrat. Elle doit être inférieure ou égale à 100 % par personne assurée et doit être identique pour toutes les garanties.

8. GARANTIES ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Les garanties définies ci-dessous couvrent les Sinistres survenus après la date d'effet des garanties.

La quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties.

Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat d'Adhésion et des limites prévues au chapitre 13. "ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR".

Lorsque l'option « bénéficiaires croisés » est souscrite :

- En cas de décès, le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur à concurrence des sommes lui restant dues au jour du décès. En cas de solde résiduel positif entre le montant assuré et le montant restant dû à l'organisme prêteur, ce reliquat sera versé par l'organisme financier en l'absence de désignation particulière de bénéficiaires faite par l'assuré, selon l'ordre de priorité suivant :

- o au conjoint survivant de l'Assuré : l'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e), ou à défaut, le partenaire lié par un P.A.C.S en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil, ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil depuis au moins deux ans sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou P.A.C.S). Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union.

- o à défaut et par parts égales entre eux, aux enfants de l'Assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, au père et à la mère de l'Assuré, par parts égales entre eux, ou survivant d'entre eux pour la totalité en cas de décès de l'un d'eux, à défaut, les héritiers de l'Assuré, à proportion de leurs parts héréditaires,

- o Toutefois, l'assuré peut, par une désignation particulière, indiquer un ou plusieurs bénéficiaires de son choix pour le reliquat de prestations en cas de décès. Cette désignation peut être effectuée à l'aide de l'imprimé que l'organisme assureur délivre à cet effet ou par un acte sous seing privé ou authentique. Il appartient à l'assuré de l'adresser au service Gestion de l'assureur ou de l'informer de l'existence de cette désignation particulière.

La désignation ci-dessus peut donner lieu à acceptation du bénéficiaire. Celle-ci peut prendre la forme d'un écrit signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'organisme assureur. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. *

- En cas de PTIA, ITT, IPT, ITP, IPP, le bénéficiaire est l'organisme prêteur à concurrence des sommes lui restant dues. En cas de solde résiduel positif entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations seront versées à l'Assuré lui-même par l'organisme financier.

* en cas d'acceptation, la désignation devient irrévocable : l'assuré ne pourra pas la modifier sauf accord du bénéficiaire ou sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Il appartient donc à l'assuré d'informer l'organisme assureur de l'existence de cette désignation en temps utile.

L'organisme assureur procède au versement des prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'organisme assureur de toute obligation dans le cas où une désignation particulière de bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement.

L'organisme assureur recommande à l'assuré de préciser les coordonnées du ou des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont nommément désignés. Ces informations permettront de leur verser les prestations dues dans les meilleurs délais.

8.1 ACCEPTATION

Compte tenu de l'objet de l'assurance, chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat et s'engage à reverser, conformément aux dispositions du chapitre IX « Bénéficiaire de l'assurance », les éventuels reliquats.

8.2 GARANTIE DECES

L'assurance s'applique en cas de Décès de l'Assuré avant son 91^{ème} anniversaire et sous réserve des exclusions prévues au chapitre 11. "EXCLUSIONS".

Les prestations garanties par l'Assureur, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur, ou, si surplus, les bénéficiaires désignés par l'assuré dans la clause bénéficiaire, déterminé ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE/ PRET DE RESTRUCTURATION	Pendant le différé d'amortissement : CAPITAL INITIAL*
	Pendant la phase d'amortissement : Capital Restant Dû, au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date*
PRET REMBOURSABLE IN FINE / PRET RELAIS	CAPITAL INITIAL

* majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du Décès.

Le capital versé est limité au montant garanti conformément au Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant entériné par l'Assureur. Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

La garantie Décès joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. Les Cautions associées de SCI (car caution interne) ne sont pas soumises à cette condition.

Remarques :

Décès intervenant avant tout déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt :

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à la prise d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement), l'adhésion au contrat produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Cas particuliers des prêts à débloques successifs :

Pour les prêts à débloques successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès. Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des débloques successifs des fonds, dans la mesure où le Co-Emprunteur, le Conjoint non séparé de droit de l'Emprunteur ou les héritiers de l'Assuré poursuivent l'opération immobilière.

Le versement du capital met fin à l'Adhésion et ses garanties.

8.3 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, avant son 71^{ème} anniversaire et sous réserve des exclusions prévues au chapitre 11. "EXCLUSIONS".

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

En cas de reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de Décès, ce qui met fin à l'Adhésion et ses garanties.

Son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie joue au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. **Les Cautions associées de SCI ne sont pas soumises à cette condition.**

8.4 GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Ces garanties peuvent être souscrite exclusivement au moment de l'adhésion au contrat pour l'Assuré qui n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion et au plus tard dans les six mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré qui a fait l'objet d'une sélection médicale lors de l'adhésion.

En outre, ces garanties ne peuvent être souscrites que si le Proposant, lors de son Adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, ou est Conjoint collaborateur.

L'assurance s'applique en cas d'ITT, d'IPT, d'IPP sous réserve des exclusions prévues au chapitre 11. "EXCLUSIONS", sauf rachat d'une exclusion indiqué au Certificat d'Adhésion.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude, et avant que l'Assuré n'ait atteint l'âge de

71 ans, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle.

Est également considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne en raison d'un Accident ou d'une Maladie.

L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

L'état d'ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard à l'expiration de la prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré dans le cadre de cette garantie.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude, et avant que l'Assuré n'ait atteint l'âge de 71 ans, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** au moins égal à 66%, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Invalidité Permanente partielle (IPP)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude, et avant que l'Assuré n'ait atteint l'âge de 71 ans, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, à temps plein, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Appréciation du taux contractuel d'incapacité

Le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** est apprécié en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle.

L'**incapacité fonctionnelle** est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide-barème « dit du Concours Médical », en vigueur au jour du Sinistre.

L'**incapacité professionnelle** est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré exercée au jour du Sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la

Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Pour l'Assuré Inactif au jour du sinistre, le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité telle que définie à cet article sur l'exercice des Occupations de la Vie Quotidienne de l'Assuré.

Le tableau figurant ci-après est un extrait indiquant les divers degrés d'incapacité (en pourcentage) tant fonctionnelle que professionnelle, fixé par le bureau commun des assurances collectives (B.C.A.C.).

Taux d'incapacité : (1) fonctionnelle, (2) professionnelle										
(1)	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2)										
10	13,1	15,9	20,8	25,2	29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
15	15	18,2	23,8	28,8	33,5	37,8	41,9	45,8	49,5	53,1
20	16,5	20	26,2	31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30	18,9	22,9	30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40	20,8	25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50	22,4	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60	23,8	28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70	25,1	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80	26,2	31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90	27,3	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100	28,2	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

REMARQUES IMPORTANTES :

Les garanties ITT, IPT, IPP s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA. Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), de la Sécurité Sociale, ou de tout autre organisme social ou professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution à condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis plus de 3 mois par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné, et tant que la Caution reste appelée en garantie. Les Cautions associées de SCI ne sont pas soumises à cette condition.

PRESTATIONS :

Si l'Assuré est atteint d'une ITT, IPT, IPP, l'Assureur verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise mentionné au Certificat d'Adhésion, et dans les limites prévues au paragraphe « Durée de service des prestations » du présent chapitre, des prestations égales aux montants de base définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
Prêt amortissable	Pendant le différé partiel d'amortissement : 100 % des échéances d'intérêts dus Pendant la phase d'amortissement : 100 % des échéances dues

Prêt remboursable in fine / Prêt relais	100 % des échéances d'intérêts dus
---	---

En cas d'Invalidité Permanente Totale :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
Prêt amortissable	Pendant le différé partiel d'amortissement : 100 % des échéances d'intérêts dus Pendant la phase d'amortissement : 100 % du capital restant dû
Prêt remboursable in fine / Prêt relais	100 % des échéances d'intérêts dus

En cas d'invalidité Permanente Partielle :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
Prêt amortissable	Pendant le différé partiel d'amortissement : 50 % des échéances d'intérêts dus Pendant la phase d'amortissement : 50 % des échéances dues
Prêt remboursable in fine / Prêt relais	50 % des échéances d'intérêts dus

Les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT, IPP sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise, au prorata du nombre de jours à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours) et sont réglées au plus tôt à l'échéance de l'opération de crédit concernée suivant la Franchise.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat d'Adhésion en vigueur à cette date.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre des garanties ITT, IPT, IPP :

- Les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- Les augmentations d'échéance intervenant après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,

Dispositions particulières :

– Affections psychiatriques et Affections du dos lorsque l'option Renfort Dos&Psy n'est pas souscrite : **pour les Affections prises en charge au titre d'une Hospitalisation, le paiement des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt le premier jour d'Hospitalisation.**

– Sinistre survenu avant le début du Congé légal de maternité sans avoir donné lieu à indemnisation à cette date ou survenu pendant le Congé légal de maternité : le point de départ du délai de Franchise est reporté au premier jour qui suit la fin du Congé légal de maternité si le Sinistre perdure à cette date.

Temps partiel pour motif thérapeutique (Incapacité Temporaire Partielle)

L'assuré qui, à la suite d'une Incapacité Temporaire Totale indemnisée au titre du présent contrat, est médicalement autorisé à reprendre une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique dans le cadre des articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la Sécurité Sociale, continuera de bénéficier du versement des prestations à hauteur de 50% du montant garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale, sous réserve que le temps de travail effectif soit inférieur à 80%.

La durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder six mois à compter de la reprise partielle du travail pour motif thérapeutique.

Rechute

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une Incapacité Temporaire Totale lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il est à nouveau en Incapacité Temporaire Totale au titre du présent contrat du fait de la même Affection dans les 60 jours suivant la fin de cette indemnisation, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà de 60 jours suivant sa reprise d'activité par l'Assuré, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale. Dans ce cas, et sous réserve que le contrat et l'Adhésion soient toujours en cours, un nouveau délai de Franchise s'applique.

Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de **90 jours au-delà de la Franchise indiqué au Certificat d'Adhésion pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur.**

Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT ou l'IPP de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées au chapitre 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ».

Il cesse également d'être dû pour l'ensemble des garanties ITT, IPT ou IPP en cas :

- **de non-renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation),**
- **pendant le Congé légal de maternité. Le service des prestations reprend à l'issue du Congé légal de maternité si l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité Permanente Partielle ou l'Invalidité perdue à cette date,**
- **de situation rendant impossible l'exercice du contrôle médical (par exemple, en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur et à l'Organisme Prêteur),**
- **de refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'Assureur conformément au chapitre 14. « CONTROLE MEDICAL-ARBITRAGE », (sauf cas fortuit ou de force majeure)**
- **de reconnaissance d'un état de PTIA ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu pour la garantie Décès.**

En outre, s'agissant de :

La garantie ITT, le service des prestations cesse également :

- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique indemnisée au titre du présent contrat, dans la limite de 6 mois),**
- **pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin-expert de l'Assureur,**
- **à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré.**

La garantie IPP, le service des prestations cesse également :

- **si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 33 %,**
- **en cas de reprise totale d'une quelconque activité professionnelle ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par le médecin-expert de l'Assureur,**
- **en cas de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IPT donnant lieu à indemnisation.**

9. FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

A l'égard de chaque Adhèrent, l'Adhésion au contrat cesse au plus tard :

- **à la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur, c'est-à-dire :**
 - au remboursement total et définitif de chaque prêt, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou modifiée selon les dispositions prévues au chapitre 10. « Modification en cours d'Adhésion »,
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,
- en cas de résolution de l'offre de prêt dans le cas visé par l'article L.313-36 du code de la consommation,
- **à la date de Déchéance du terme de chaque prêt,**
- **à la date d'exigibilité avant terme de chaque prêt,**
- **si l'Assuré est Caution, à la date de cessation de l'acte de cautionnement,**
- **en cas de non-paiement des cotisations d'assurance** selon les modalités prévues au chapitre 15.3 « Défaut de paiement des cotisations »,
- **en cas d'exercice de la faculté de renonciation** selon les dispositions du paragraphe 17.1 « FACULTE DE RENONCIATION »,
- si l'Adhèrent est une personne morale, **le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de caution interne de la société adhérente,**
- Lorsque l'Adhèrent demande la résiliation de son Adhésion :
 - pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, mentionnés au **1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation**, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à **l'article L 113-12-2 du code des assurances**.
En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux (2) dates suivantes :
 - Soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur,
 - Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.L'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique la décision de l'Organisme prêteur (**article L 313-31 du Code de la consommation**) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.
En cas de refus de la substitution par l'Organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.
 - pour les autres prêts, au 31 décembre qui suit la demande de résiliation si celle-ci a été adressée avant le 31 octobre.

A l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent au plus tard :

- **à son 91^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie Décès,**
- **à son 71^{ème} anniversaire en ce qui concerne la garantie PTIA,**

- à la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite, sauf en cas de mise en retraite pour inaptitude, en ce qui concerne les garanties ITT, IPT, IPP, et au plus tard, à la date où l'assuré atteint 71 ans, en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

10. MODIFICATION EN COURS D'ADHÉSION

L'Adhérent peut, sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur, demander à modifier la Quotité garantie en s'adressant au Gestionnaire.

En tout état de cause, le Gestionnaire doit être averti par écrit :

- de toute modification des caractéristiques du prêt garanti dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification, accompagné des pièces justificatives,
- de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt pour les prêts à taux variable dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification,

Le Gestionnaire informe l'Adhérent des conséquences des modifications qui lui ont été communiquées sur le déroulement de l'Adhésion.

En cas de Sinistre, les modifications qui n'ont pas été déclarées au Gestionnaire ne sont pas opposables à l'Assureur lorsque ce dernier établit que le retard lui a causé un préjudice.

Un avenant qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouveaux montants assurés et les cotisations prévisionnelles correspondantes est émis :

- d'office lorsque la modification demandée est acceptée par l'Assureur sans nouvelles restrictions de garanties et à un tarif équivalent au tarif initial,
- après acceptation par l'Adhérent des restrictions de garanties ou de la hausse du tarif proposées par l'Assureur.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la modification et sauf cas de résiliation de l'Adhésion, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

L'Adhérent doit informer le Gestionnaire de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

11. EXCLUSIONS

Pour les personnes exerçant les professions suivantes, l'Assureur se réserve le droit de demander des informations complémentaires :

Intermittent du spectacle,
 Docker,
 Guide de chasse (safaris),
 Professions avec usage ou manipulation de produits dangereux : explosifs, toxiques, inflammables ou nucléaires,
 Professions nécessitant le port d'armes
 Professions avec travaux souterrains ou sous-marins,
 Voyance, occultisme, sorcellerie.

11.1 EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Sont exclues les suites et conséquences des événements ci-après :

- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou d'une

fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation, et que l'Assuré est le patient,

- la participation active de l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) à toute guerre civile ou étrangère, tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, attentat, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger) quel que soit le lieu où se déroulent ces événements ou les protagonistes,
- la manipulation par l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) d'engins de guerre, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) et, dès lors que leur détention est interdite, la manipulation d'armes, de feux d'artifice de classe K4, d'explosifs,
- toute participation à des exhibitions, paris, essais et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit,
- les accidents de navigation aérienne lorsque l'Assuré se trouve à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou conduit par un pilote (pouvant être l'Assuré) ne possédant pas de brevet de pilote ou possédant un brevet ou une licence périmée ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé.
- Lorsque l'assuré a fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, les affections préexistantes à l'admission dans l'assurance, leurs suites conséquences et récidives ainsi que les suites et conséquences de l'aggravation d'un état de santé médicalement constaté antérieurement à l'admission dans l'assurance, sauf si ces événements ont été dûment déclarés par la personne à assurer et n'ont pas été exclus par l'assureur lors de l'acceptation de l'adhésion (sous réserve de la réglementation relative au droit à l'oubli)
- Lorsque l'Assuré n'a pas fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres dont la date de survenance est antérieure à la date de prise d'effet des garanties.
- Les suites et conséquences d'accidents, de maladies, d'invalidité, d'infirmités, ou de blessures relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire.
- Les accidents dont l'assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du sinistre ou qu'il conduit en état d'ivresse au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français ou du pays où a lieu l'accident si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible,
- L'alcoolisme de l'assuré, l'usage de drogues, de produits stupéfiants, de produits toxiques, ou de substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites d'une prescription médicale,
- La pratique sportive à titre professionnel et / ou à titre amateur rémunérée, sauf dans le cadre de la profession de l'assuré déclarée et acceptée par l'assureur.
- Pour les sports pratiqués à titre d'amateur :
 - . Sports extrêmes : sports nautiques pratiqués au-delà de 20 miles nautiques des côtes, saut à l'élastique, parachutisme, parapente, wingsuit, bobsleigh, skeleton, saut à ski ou au tremplin
 - . Sports courants : tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française, sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre ou d'une embarcation à moteur, sports nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou voile)

Lors de la demande d'adhésion, l'assuré peut demander à lever les exclusions relatives aux sports extrêmes et aux sports courants à l'exception des sports non représentés par une fédération française. Si l'assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion.

Lorsque ces sports sont pratiqués ponctuellement dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise sans

tarification spécifique ou majoration. Il incombera à l'assuré de rapporter la preuve du caractère exceptionnel et d'établir que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations.

11.2 Exclusion applicable à la garantie Décès

Outre les exclusions énumérées au sous chapitre 11.1 « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », est exclu le décès qui résulte du suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date de l'Adhésion.

En cas d'augmentation des garanties en cours de l'Adhésion, le suicide n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.

Si le prêt garanti par le présent contrat a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet du contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L.132-7 du Code des assurances issu de la loi n°2001-1135 du 3 décembre 2001).

11.3 Exclusions applicables à l'Incapacité de Travail, et l'Invalidité,

Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties et celles spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récidives sont exclus :

- les séjours ou cures de toute nature notamment de repos, de plein air, de santé médicale, climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil, effectués en tout type d'établissement, hospitalier ou non, lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couverts par l'Adhésion,
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat,
- le syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus,
- Affections psychiatriques et psychiques : les affections psychiatriques (les troubles psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses, les états dépressifs et dépressions, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les troubles d'aliénation mentale les états de stress aigus et chroniques (syndromes de stress post-traumatique), le surmenage, le burnout, les troubles bipolaires), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 9 jours continus pendant les 6 premiers mois de l'arrêt.

Lors de la demande d'adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos/Psy. Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion.

- Affections dorsales : les affections rachidiennes, discales ou vertébrales, des lombalgies, des sciatiques, des hernies discales, des dorsalgies, des cervicalgies, des sacro-coxalgies, cruralgie, les névralgies cervico-brachiales, quelle qu'en soit la cause ou l'origine sauf si elles résultent d'une fracture d'origine accidentelle ou d'une affection tumorale ou infectieuse ou qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ou une Hospitalisation de plus de 7 jours continus.

Lors de la demande d'adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos/Psy. Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat d'Adhésion.

11.4 Demande de rachat d'exclusions

Pour les personnes exerçant une activité dangereuse, certaines exclusions peuvent être rachetées moyennant le paiement d'une cotisation complémentaire.

À tout moment, l'Assuré peut demander à étendre sa couverture aux activités sportives pratiquées à titre d'amateur qui sont exclues.

Au moment de l'adhésion, l'Assuré peut demander à étendre sa couverture :

- au syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, qu'elles aient ou non nécessité une Hospitalisation,
- les Affections psychiatriques et psychiques qu'elles aient ou non nécessité une Hospitalisation,
- aux Affections dorsales quelle qu'en soit la cause ou l'origine, qu'elles aient ou non nécessité une intervention chirurgicale ou une Hospitalisation,
- aux risques exclus auxquels l'Assuré est exposé dans le cadre de l'exercice de sa profession,
- aux sports pratiqués à titre professionnel, d'amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves).

Après étude de la demande, l'Assureur peut refuser le rachat d'exclusion(s) ou l'accepter moyennant une majoration tarifaire et d'éventuelles conditions spécifiques d'acceptation.

L'extension de garantie accordée et ses conditions d'acceptation sont précisées dans le Certificat d'Adhésion ou dans un avenant lorsque le rachat d'exclusion(s) est demandé en cours d'Adhésion.

12. ETENDUE TERRITORIALE

En cas de Sinistre, l'assurance s'applique sans limitation territoriale sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au Certificat d'Adhésion.

13. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

L'engagement de l'Assureur correspond au montant des prestations dues par l'Assureur à un même Assuré en cas de Sinistre. Il dépend notamment de la Quotité garantie.

Il ne peut en aucun cas excéder :

- Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, IPT, 10 000 000 euros par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat. Pour un Assuré âgé de 65 ans ou plus à la date de la demande d'adhésion, ce montant est ramené à 5 000 000 d'euros.
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale ou Partielle, Invalidité Permanente Partielle, 7500 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité garantie de 100 %.

14. CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé. L'Assureur se réserve le droit de :

- Contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- Contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- Provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant, et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.
- Convoquer l'Assuré en France métropolitaine afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France métropolitaine.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

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

Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le Sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage.

Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le Sinistre s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin, les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, étant supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

15. COTISATIONS

15.1 Détermination du montant des cotisations

Les cotisations annuelles - tous frais et taxes compris - sont calculées en appliquant un taux de cotisation au capital initial à assurer et sont fixées en fonction des informations déclarées à l'Adhésion et notamment de l'âge atteint de l'Assuré à la date de souscription du contrat, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

Le taux de cotisation appliqué sur le capital initial assuré sera indiqué sur le certificat individuel d'adhésion transmis à l'assuré dès acceptation de l'assureur.

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies par l'Adhèrent et l'Assuré, les cotisations indiquées dans le Certificat d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur sont irrévocables jusqu'au terme de l'Adhésion (sauf en cas de changement du taux des taxes, d'instauration de nouvelles impositions ou de nouvelles décisions législatives ou réglementaires applicables aux contrats d'assurance emprunteurs qui s'imposeraient aux Adhésions en cours).

15.2 Paiement des cotisations

Les cotisations d'assurance sont dues à compter de la date de prise d'effet des garanties et sont payables d'avance par prélèvement bancaire sur le compte de l'Adhèrent.

Elles sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion.

15.3 Défaut de paiement des cotisations

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat, aux échéances fixées.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhèrent une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au contrat se trouvera de plein droit résiliée.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhèrent pour non-paiement des cotisations.

15.4 Exonération des cotisations

Dès lors que l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, Invalidité Permanente Professionnelle, l'Adhèrent bénéficie du remboursement des cotisations relatives à la garantie mise en jeu au prorata du nombre de jours indemnisés.

16. CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

Dispositif d'admission à l'assurance

Lorsque le candidat à l'assurance est soumis à des formalités médicales et pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers, la Convention prévoit, dans le respect des règles de confidentialité édictées, un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance comportant trois niveaux. Si la demande d'assurance est refusée dans le cadre des formalités médicales prévues par le contrat, elle donne automatiquement lieu à un réexamen individualisé qualifié de deuxième niveau. Si aucune proposition d'assurance ne peut être établie à l'issue de ce deuxième niveau, le dossier est d'office étudié à un troisième niveau dans les conditions fixées par la Convention AERAS.

Toutefois, ce dispositif, bien que très complet, n'aboutit pas nécessairement à une proposition d'assurance.

Garantie Invalidité Spécifique

Une Garantie Invalidité Spécifique est prévue par la Convention AERAS lorsque le candidat à l'assurance est soumis à des formalités

médicales et pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers. La possibilité d'accorder cette garantie doit être systématiquement étudiée par l'Assureur si la garantie Invalidité Permanente Totale du contrat a été refusée pour raison médicale. Il ne s'agit pas d'une option. Les Proposants ne peuvent solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

Si la Garantie Invalidité Spécifique ne peut être proposée, l'Assureur doit étudier la possibilité de proposer la couverture du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

17. BASES LEGALES

Le contrat est régi par le Code des assurances. La loi française est applicable au présent contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre Quatrem et l'Assuré.

Les risques sont assurés par Quatrem.

Quatrem est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

17.1 FACULTE DE RENONCIATION

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion (et doit en avoir informé l'Organisme Prêteur) dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

Quatrem porte ce délai de renonciation de 14 jours calendaires à 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion. Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'Adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'Adhésion et doit avoir averti l'Organisme Prêteur par lettre recommandée avec accusé de réception.

La part des cotisations versées, hors frais d'association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhésion au contrat et les garanties prennent fin.

La lettre de renonciation pourrait être rédigée en ces termes :

" Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat n° 33177/2 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.

Le Signature "

L'Adhérent doit signifier la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique adressé à l'adresse suivante:

MULTI IMPACT
41/43 Avenue HOICHE – CS 110002
51687 REIMS CEDEX

Ou

Oav.reseaux@multi-impact.com

Le Gestionnaire adressera alors un courrier à l'Organisme prêteur, afin de l'informer que le Proposant a exercé sa faculté de renonciation à son adhésion.

17.2 INCONTESTABILITE

Les déclarations des Assurés servent de base à l'Adhésion au contrat qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances), de fausse déclaration non intentionnelle (article L. 113-9 du Code

des assurances) ou d'erreur sur l'âge (article L. 132-26 du Code des assurances).

Article L. 113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

Article L. 113-9 du Code des assurances :

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Article L. 132-26 du Code des assurances :

« L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt ».

17.3 PRESCRIPTION

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle les actions dérivant de la présente Adhésion au contrat ne sont plus recevables. Elle est régie par les articles suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° 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 ce 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 d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L. 114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (*) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action 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. »

(*) Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),

- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)),

- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires 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.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Article L. 114-3 du Code des assurances

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

Article L. 192-1 du Code des assurances

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

17.4 LOI "INFORMATIQUE ET LIBERTES"

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent et l'Assuré reconnaissent avoir été informés par Quatrem, ci-après Malakoff Humanis responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que Quatrem a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'Adhérent et de l'Assuré peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution du contrat ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Adhérent et l'Assuré ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et de l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'Assuré est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Assuré et de l'Adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Les données de santé de l'Assuré sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Malakoff Humanis s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent

(1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Assuré et

(2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem.

L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour des raisons tenant à sa situation particulière de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité par tout moyen, directement sur notre site via nos formulaires, par email à : dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Malakoff Humanis, Pôle informatique et libertés, 21 rue Laffitte, 75317 PARIS cedex 9.

Les demandes portant sur les données de santé seront adressées à réception à l'attention du « Médecin Conseil » du groupe Malakoff Humanis.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

En cas de prospection commerciale par téléphone : L'Assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

17.5 RECLAMATIONS – MEDIATION

L'Assuré peut formuler toute réclamation concernant l'application des dispositions du présent contrat à :

MULTI IMPACT
41/43 Avenue HOCHE – CS 110002
51687 REIMS CEDEX

Si la réponse apportée ne convient pas, la réclamation peut être adressée au Pôle Réclamations qui l'aidera à rechercher une solution.

Le Pôle Réclamations peut être contacté :

- à l'adresse suivante :

Quatrem - Pôle Réclamations
TSA 20002 – 78075 ST QUENTIN EN YVELINES CEDEX

- ou par un courrier électronique adressé à :

reclamation.quatrem@malakoffhumanis.com

Si un accord n'est pas ainsi trouvé, l'Assuré pourra demander un avis au médiateur, personnalité extérieure à Quatrem qui rend son avis en toute indépendance. La saisine du Médiateur se fait :

Par courrier, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 PARIS CEDEX 09.

ou par voie électronique, en complétant le formulaire de saisine disponible sur le site internet de la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/>

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le médiateur, le recours à une action en justice reste toujours possible.

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la **Commission de Médiation - 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09**, qui l'aidera à rechercher une solution amiable au dossier.

17.6 LEGISLATION

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.

18. QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent chapitre. L'Assureur peut toutefois demander des pièces complémentaires qu'il juge nécessaires à l'appréciation du Sinistre.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui établit le certificat médical. Il reste libre de l'appréciation du Sinistre.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, dans l'attente de la décision de l'Assureur, le paiement des échéances du prêt ne doit pas être interrompu. Le cas échéant, l'Assureur remboursera les échéances de prêt dues au titre de la garantie.

En cas de Sinistre, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit – et en tout état

de cause dans la limite des délais prévu en matière de PRESCRIPTION conformément au paragraphe 17.3 « PRESCRIPTION », à l'adresse suivante :

MULTI IMPACT
A l'attention de M./Mme le Médecin-Conseil
41/43 Avenue HOCHE – CS 110002
51687 REIMS CEDEX

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

18.1 Préalable requis à toute indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité

L'Assureur étudie la demande d'indemnisation à condition que l'Assuré dispose :

- lorsqu'il est assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé,
 - . en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré dans la 3eme catégorie d'invalides ou d'une rente d'invalidité dont le taux est égal à 100 % avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie,
 - . en cas d'Invalidité Permanente Totale, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2eme catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%,
 - . en cas d'Invalidité Permanente Partielle, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 1ere catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité strictement compris entre 33% et 66%,
- lorsqu'il n'est pas assujéti à la Sécurité sociale,
 - . s'il est affilié à un organisme social, d'un document attestant la reconnaissance par son organisme d'affiliation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle
 - . sinon d'un certificat médical établi par son médecin traitant.

Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou de tout autre organisme professionnel ne permettent pas de justifier d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité.

18.2 Les documents à fournir

Dans tous les cas, faire parvenir une copie du Certificat d'Adhésion et des éventuels avenants, le tableau d'amortissement du prêt garanti arrêté à la date de survenance du Sinistre. D'autres pièces justificatives sont demandées en fonction de la nature du Sinistre.

En cas de décès

Les ayants droit de l'Assuré doivent fournir à l'Assureur :

- la copie d'une pièce d'identité de l'Assuré,

- l'original de l'acte intégral de décès de l'Assuré,
- en cas de décès accidentel, un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès,
- si l'Assuré est garanti en tant que Caution, une copie des documents justifiant la prise en charge d'au moins une échéance de prêt à la date du décès.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assuré ou ses ayants droit doivent transmettre à l'Assureur :

- la pièce justificative demandée au paragraphe ci-dessus « Préalable requis à toute indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité »
- si l'Assuré est garanti en tant que Caution, une copie des documents justifiant la prise en charge d'au moins une échéance de prêt à la date de survenance du Sinistre.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré doit transmettre à l'Assureur :

- s'il est assujéti à la Sécurité sociale, un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières,
- s'il est Inactif, un certificat médical du médecin traitant attestant que son état de santé nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne
- s'il est garanti en tant que Caution, une copie des documents justifiant sa participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du Sinistre,
- une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la personne morale qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations,
- dans le cas de prolongations de l'incapacité, les copies des certificats médicaux correspondants ou le cas échéant, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.

En cas d'Invalidité

L'Assuré doit transmettre à l'Assureur :

- la pièce justificative demandée au paragraphe ci-dessus « Préalable requis à toute indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité »,
- s'il est garanti en tant que Caution, une copie des documents justifiant sa participation au remboursement des échéances du prêt depuis plus de 3 mois à la date de survenance du Sinistre,
- une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la personne morale qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations.

A réception de l'ensemble des pièces demandées ci-avant, l'Assureur renvoie selon la nature du Sinistre un certificat de décès ou un certificat d'incapacité de travail à faire compléter par le médecin traitant de l'Assuré ainsi qu'une enveloppe pré-imprimée. Celle-ci, afin de préserver le secret médical, doit impérativement être utilisée pour retourner à l'Assureur le certificat dûment complété.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur peut demander à l'Assuré de renouveler les pièces justificatives et notamment de fournir les tableaux d'amortissement émis périodiquement pour les prêts à taux variables.

18.3 Particularités des Sinistres survenus à l'étranger

En cas de décès : Les documents apportant la preuve du décès de l'Assuré doivent être libellés en français et certifiés par le consulat français du pays dans lequel le décès est survenu.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité :

Pour ouvrir droit au paiement des prestations, toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti doit être constatée médicalement en France métropolitaine, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe, en Polynésie Française ou Nouvelle Calédonie. Le délai de Franchise court au plus tôt à compter de la date de constatation de l'état de santé.

Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'instruction de la demande de prise en charge du Sinistre.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux ayants droits toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

LEXIQUE

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une compréhension des termes techniques utilisés.

La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte de la Notice d'Information.

Accident : toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré. **Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombosciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.**

Adhérent : personne physique ou morale, ayant souscrit le prêt garanti, qui accepte les termes du présent contrat et paye les cotisations. Il doit être membre de l'Association pour l'Union et le Recours en Assurance.

L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré.

Adhésion : il s'agit de l'Adhésion au contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative n°33177/2 souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurance auprès de Quatrem.

Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent et l'Assuré sur la Demande d'Adhésion et dans le cadre des formalités médicales. Son fonctionnement est régi par la Notice d'Information et le Certificat d'Adhésion.

Association pour l'Union et le Recours en Assurance : association régie par la loi du 1er juillet 1901 qui a pour activité principale la souscription de contrats d'assurance collectif auprès d'organismes d'assurance, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi des contrats. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'association au Technopole du Moulin, Rond-point du Canet CS10019 – 13590 MEYREUIL.

Âge de l'Assuré : l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire).

Assuré : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Assureur : désigne Quatrem.

Affection : toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Bénéficiaire :

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'Organisme Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues, ou les bénéficiaires désignés par l'assuré dans la clause bénéficiaire (uniquement en cas de décès).

Pour le risque Décès, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur ou les bénéficiaires désignés par l'assuré dans la clause bénéficiaire.

Pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

Pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur ou, sous réserve d'une autorisation préalable de l'Organisme Prêteur, à l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique sinon à la personne morale qui a adhéré au contrat.

Caution : personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement du prêt par l'emprunteur ou le co-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. Il est à noter que cette disposition ne s'applique pas dans le cadre des prêts professionnels, lorsque l'Assuré est le dirigeant/associé, celui-ci étant assuré en cette qualité et non en qualité de caution dudit prêt.

Capital Restant Dû : capital emprunté non amorti à date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des échéances de prêt impayés ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Certificat d'Adhésion : document contractuel confirmant l'adhésion au présent contrat qui précise notamment les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré, les conditions d'acceptation ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

Congé légal de maternité : période pendant laquelle l'Assurée perçoit des indemnités journalières payées par l'organisme social auquel elle est rattachée ou par son employeur au titre du congé maternité accordé par son régime social obligatoire ou par la convention collective ou l'accord de branche dont elle bénéficie.

Conjoint : époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré à l'Assureur,
- qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

Conjoint collaborateur : Conjoint (ou partenaire de PACS) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise,
- ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité,
- n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil,
- est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Consolidation : lorsque l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme ne pouvant plus évoluer compte tenu des connaissances scientifiques et médicales au moment de la constatation.

Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur : désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur, suite à un ou plusieurs incidents de paiement, et qui se traduit par une exigibilité immédiate du capital restant dû majoré des intérêts échus mais non payés.

Demande d'Adhésion : document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion pour le présent contrat.

Emprunteur : désigne la personne physique ou morale souscriptrice de l'opération de crédit auprès de l'Organisme Prêteur.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle au-delà duquel une indemnisation est possible.

Si une Invalidité Permanente Totale ou Partielle succède à une Incapacité Temporaire Totale au titre d'une même Affection, les jours d'Incapacité Temporaire Totale sont pris en compte pour déterminer le point de départ du paiement des prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Aucune prestation n'est due au cours de la période de Franchise.

Fumeur : personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas consommé du tabac ou utilisé des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gommes), même à titre occasionnel au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

Gestionnaire : Multi-Impact, 41/43 Avenue HOICHE – CS 110002 51687 REIMS CEDEX, chargé de la gestion partielle des adhésions et du recouvrement des cotisations.

Hospitalisation : Tout séjour prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence, des centres de thermalisme), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

Inactif : Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle. Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est soit au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, soit Conjoint collaborateur, ne relève pas de cette catégorie.

Maladie : toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Occupations de la Vie Quotidienne : pour l'Assuré INACTIF, lorsqu'il se trouve incapable d'assurer de manière habituelle à la fois tous les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales.

Organisme Prêteur : désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par l'Assureur.

Prêt immobilier : Contrat de crédit destiné à financer l'acquisition ou la construction d'un bien à usage d'habitation ou à usage mixte d'habitation et professionnel ainsi que les travaux s'y rapportant ou à financer l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de ce bien

Proposant : Personne physique qui formule une demande d'adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au contrat.

Quotité : niveau de la garantie couverte pour l'Assuré exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès et Perte

Totale et Irréversible d'Autonomie, en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Sinistre : réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'Adhésion.