

Notice d'Information Protection Emprunteur

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative **Protection Emprunteur N°5379** régi par le Code des Assurances, souscrit auprès d'**Allianz Vie** dénommé « l'Assureur », par l'ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES (ASSUREA), association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, **Technopole du Moulin, Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil**, dénommée « l'Association Contractante », au profit de ses adhérents.

Référence notice 5379/100 – 06/2019

Préambule

L'« Association contractante » ASSUREA a pour objet :

- Améliorer la protection des adhérents en matière d'assurance emprunteur et de prévoyance ;
- Étudier tout type de produits d'assurance afférents susceptibles d'améliorer la protection de ses adhérents ;
- Souscrire tout type de contrats d'assurance de groupe auprès des organismes habilités, pour le compte de ses adhérents présents et à venir, afin de leur permettre de bénéficier de solutions récentes, performantes et économiques ;
- Faire évoluer les contrats d'assurance de groupe en cours afin d'améliorer la protection de ses adhérents tout en respectant une équité entre eux ;
- Réunir et communiquer au profit de ses adhérents toutes informations susceptibles de les renseigner sur le niveau de leur protection et sur les différentes formules existantes sur le marché ;
- Réaliser toutes études statistiques et analyses en rapport avec l'objet de l'association ;
- Organiser toute manifestation, forum, journée d'études, séminaires autour de thèmes en relation avec l'objet de l'association,
- Accompagner les adhérents présents et à venir dans leurs démarches d'adhésion et de gestion de leurs contrats ;
- Mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aide aux adhérents à travers un fonds d'action sociale ;
- Créer ou participer à la création de toute association ou groupement poursuivant le même objet, dans un cadre national ou européen ;
- Offrir à ses adhérents, de manière plus générale, tous autres services en rapport avec l'objet de l'association ;
- Assurer la défense des intérêts de ses adhérents.

Le contrat collectif à adhésion facultative Protection Emprunteur n°5379 est régi par le droit français et est réservé aux seuls membres de l'association ASSUREA à jour de leur cotisation annuelle à l'association. Le contrat d'assurance de groupe a pris effet le 15/06/2019 et se renouvelle annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'Assureur ou l'Association contractante moyennant **un préavis de 6 mois**.

- En cas de **modification du contrat collectif** portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L. 141-4 du Code des Assurances, par l'Association Contractante dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.
- En cas de **résiliation du contrat collectif**, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'Assureur.
- Conformément à l'article L. 141-6 du Code des Assurances, en cas de **dissolution ou de liquidation de l'association ASSUREA**, le contrat se poursuit de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat collectif.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat n°5379 sont définis dans la présente Notice d'information.

Article 1 : Objet de l'assurance

Le présent contrat, souscrit par l'Association Contractante, a pour objet de garantir :

- Option 1 – le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie,
- Option 2 - le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale, par suite de maladie ou d'accident⁽¹⁾.
- Option 3 - le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente partielle ou d'invalidité permanente totale, par suite de maladie ou d'accident¹.

L'ensemble de ces garanties est assuré par Allianz Vie (branches 20 « Vie – décès », branche 1 « accident » et branche 2 « maladie »).

¹ - Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Article 2 : Groupe Assuré

Est admissible à l'assurance toute personne physique ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur ou co-emprunteur, ou cautionné un prêt pour le compte d'une personne morale.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de la personne morale emprunteuse.

Peuvent souscrire à l'option 1 les personnes n'ayant pas atteint leur 81^{ème} anniversaire à la date de demande d'adhésion. Les personnes ayant atteint leur 70^{ème} anniversaire seront garanties uniquement pour le décès.

Peuvent souscrire à l'option 2 ou 3, les personnes n'ayant pas atteint leur 66^{ème} anniversaire à la date de demande d'adhésion.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Résidence

Sont admissibles à l'assurance les personnes physiques dont la résidence principale est située en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer² ou dans les collectivités d'outre-mer ou à Monaco.

² : départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion.

³ : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

Article 3 : Caractéristiques des Prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit dument habilité situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, amortissables ou non amortissables (relais et in fine) destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimum de 17 000 euros. Cependant, un prêt d'un montant inférieur mais d'au moins 8 000 euros est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17 000 euros lors de la même demande d'adhésion.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 35 ans.

L'Assureur accepte les assurances sur prêt en cours dans les conditions suivantes sous réserve des conditions d'affiliation prévues à l'article 5 :

- la durée restante du prêt au moment de l'adhésion doit être au minimum de 8 ans,
- le contrat initial n'est pas un contrat assuré par AGF ou Allianz.

Article 4 : Limitation des Garanties

Les garanties sont plafonnées en montant en fonction du choix souscrit, sauf pour les garanties Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui ne sont pas plafonnées. La personne à assurer peut donc choisir dans tous les cas une quotité de 100% pour ces deux garanties, sous réserve de l'acceptation des risques par l'Assureur.

Les garanties Incapacité Temporaire de Travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) sont limitées à 2 000 000 €.

Dans tous les cas de figure, si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur au titre du présent contrat, du contrat Allianz n°5304 ou du contrat Allianz n°5352, il convient de déduire du montant maximum indiqué ci-dessus le montant du capital restant dû compte tenu de la quotité assurée pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'adhésion du contrat.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, l'engagement de l'Assureur est limité au montant des prestations dues au prêteur pour un Assuré avec quotité assurée à 100%.

Article 5 : Adhésion à l'Assurance

La personne qui demande à adhérer à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande d'adhésion,
- transmettre une autorisation de prélèvement, et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE),
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier d'adhésion. Il peut accepter l'adhésion d'une personne à des conditions spéciales de garantie et / ou de tarif ou la refuser.

Les frais médicaux occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'Assureur sont pris en charge par l'Assureur.

Les formalités médicales contractuelles sont les formalités médicales demandées par l'Assureur qui sont remises à la personne à assurer lors de la demande d'adhésion.

Les frais occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'Assureur sont à la charge de la personne à assurer. Si la personne à assurer adhère au contrat, les frais médicaux lui seront remboursés.

L'adhésion est conclue à la date d'édition du certificat d'adhésion ou de signature par l'emprunteur de la proposition d'assurance incluant les conditions spéciales d'acceptation. **Elle se renouvelle par tacite reconduction pour une durée d'un an jusqu'à extinction du prêt ou des garanties sauf en cas de résiliation dans les conditions prévues à l'article 6.**

Convention AERAS

L'assureur et la contractante s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS. Si la garantie invalidité permanente totale ne peut être accordée à la personne assurée ou si elle est acceptée avec exclusion, l'assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème d'évaluation des taux des pensions civiles et militaires.

La Garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur. Un dispositif d'écarterement des primes d'assurance est prévu par la Convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écarterement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion.

Droit à l'oubli et grille de référence

Le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer, sous certaines conditions médicales, de ne plus avoir à le déclarer lors de l'adhésion au contrat. Si le cancer a été déclaré sur le questionnaire d'état de santé, alors que toutes les conditions sont remplies pour bénéficier du « droit à l'oubli », l'assureur ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

Les conditions permettant de bénéficier du droit à l'oubli sont susceptibles d'évoluer en fonction des progrès médicaux et définies dans le "Document d'information AERAS (s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé) à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt" remis préalablement à la demande d'adhésion.

Une grille de référence diffusée sur le site officiel de la convention AERAS permet d'assurer aux conditions standard ou de rapprocher du tarif normal les personnes souffrant ou ayant souffert de certaines pathologies cancéreuses et autres pathologies notamment chroniques, sous certaines conditions relatives à la demande d'assurance et définies dans le "Document d'information AERAS". Cette grille sera actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé.

Le mécanisme complet du droit à l'oubli ainsi que la grille de référence sont consultables sur le site officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

Article 6 : Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'Assuré, l'Assureur pourra, conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

L'article L.113-8 du Code des Assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des Assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou 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 cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'Assureur pourra faire application de l'article L.113-9 du Code des Assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation 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 cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 7 : Modification en cours d'adhésion

- Le choix de l'option est définitif et irrévocable pour la durée de l'adhésion. Cependant en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou préretraite, l'assuré a la faculté de choisir l'option 1 en remplacement de l'option 2 ou de l'option 3.

- Le choix de la quotité est définitif et irrévocable pour la durée du prêt sauf en cas de changement de situation matrimoniale, sous réserve que l'assuré se soumette aux formalités prévues par l'Assureur et qu'il accepte les conditions proposées par celui-ci.

Pour tous les cas cités ci-dessus, l'Assureur doit être averti du changement par lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur n'appliquera pas d'effet rétroactif sur le calcul des cotisations si l'Adhérent l'avertit dans un délai supérieur à 3 mois à partir de la date du changement.

Article 8 : Bénéficiaire de l'Assurance

8.1. Bénéfice de l'assurance à concurrence des sommes dues à l'organisme prêteur.

Le bénéfice de l'assurance est attribué à l'organisme prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le Prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant. Toute demande de modification de garantie et / ou de bénéficiaire de la part de l'Assuré doit faire l'objet d'un accord préalable du dit bénéficiaire.

8.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré avant le déblocage des fonds.

En cas de décès avant le déblocage total des fonds, le montant excédentaire est versé, sauf désignation particulière, selon la clause type suivante :

- au conjoint marié non séparé de corps de l'assuré ou à son partenaire de PACS ;
- à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants ;
- à défaut de descendants aux survivants desdits enfants, aux héritiers de l'assuré.

A tout moment, l'assuré peut modifier la désignation ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix, lors de l'adhésion au présent contrat ou ultérieurement par acte sous seing privé (écrit rédigé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou par acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple). Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque l'assuré désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'Assureur en cas de Décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).

La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article L. 132-9 du Code des Assurances : elle ne peut intervenir qu'avec l'accord de l'assuré. L'acceptation peut intervenir par voie d'avenant à l'adhésion (signé par l'assuré, le bénéficiaire et l'Assureur). Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé signé par l'Adhérent et par le bénéficiaire et devra être notifiée à l'Assureur pour prendre effet. Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou si l'Adhérent est une personne morale, le montant excédentaire est versé à l'Adhérent.

8.3. Revalorisation des capitaux et dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations

En application de l'article L.132-5 du Code des Assurances modifié par la loi Eckert, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum 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, calculée au 1er novembre de l'année précédente.
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis, à compter du décès, jusqu'au jour du règlement du capital.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des Assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

Article 9 : Prise d'effet des Garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant au maximum soixante jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion sous réserve que celle-ci soit parvenue à l'Assureur avant la date de survenance de l'accident.

Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de cette garantie.

Cette garantie est fixée au montant à assurer dans la limite de 300 000 euros par adhérent, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'admission à l'assurance. Elle cesse :

- lorsque la personne à assurer ne répond pas, dans un délai de quinze jours, aux demandes d'informations complémentaires de l'assureur,
- au jour du refus par l'assureur d'accorder sa garantie,
- au jour du refus par l'adhérent d'accepter les conditions d'adhésion,
- à la date de prise d'effet des garanties,
- au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

Les garanties concernant l'option choisie sont acquises, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation :

- au plus tôt, à la date de déblocage des fonds prévue, indiqué sur la demande d'adhésion ;
- à la date réelle de déblocage des fonds lorsque celle-ci a été communiquée par l'Assuré auprès de l'Assureur.

La date d'effet ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur, ni lui être postérieure de plus de 180 jours. Si 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acceptation du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre.

En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

Article 10 : Cessation de l'Adhésion

L'adhésion et l'ensemble des garanties cessent :

- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution du prêt quelle qu'en soit la cause,
- à la date de remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti quelle qu'en soit la cause,
- à la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- à l'expiration de la période annuelle en cours si la demande de résiliation est adressée à l'Assureur au moins deux mois avant la date de renouvellement par lettre recommandée avec accusé de réception et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- en cas de mise en jeu des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités décrites à l'article 20,
- à l'expiration d'un délai d'un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le prêt n'a toujours pas été déblocqué par le Prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu,
- au plus tard au 85^{ème} anniversaire de l'assuré.

Par ailleurs, les modalités de cessation propres à chaque garantie sont décrites dans les articles les concernant.

Article 11 : Garantie Décès

En cas de Décès de l'Assuré avant le jour de son 85^{ème} anniversaire, l'Assureur verse, à concurrence du pourcentage assuré :

- le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le Décès ;
- les intérêts courus jusqu'à la date du Décès, tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement transmis à l'Assureur et qui sert au calcul des cotisations,
- les éventuelles échéances reportées dans la limite de douze mensualités.

Les éventuelles échéances impayées ou reportées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne seront pas pris en compte.

Lorsque le décès survient après le premier déblocage des fonds et au cours de la période initiale de différé d'amortissement ou avant le déblocage total du prêt, l'assureur verse, à concurrence du pourcentage assuré, le montant initial du prêt augmenté des intérêts dus à l'organisme prêteur en cas de décès.

Article 12 : Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré qui, avant son 70^{ème} anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne

peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la garantie.

Sera automatiquement considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré de moins de 60 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^{ème} catégorie ou si une pension par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée sous réserve que la maladie ou l'accident soit survenu postérieurement à la date d'effet des garanties. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité Sociale.

L'Assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de Décès calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'assurance. L'adhésion prend fin à la date du versement par anticipation du capital Décès.

Article 13 : Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité Permanente Totale (IPT)

13.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 « Limitation des garanties » et si l'assuré a souscrit l'option 2 ou 3, lorsque, par suite de maladie ou d'accident, l'Assuré, avant son 67^{ème} anniversaire, est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur d'exercer son activité professionnelle ou de rechercher un emploi, si l'assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre, ou d'exercer ses activités quotidiennes essentielles, dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une obligation médicale de maintien à domicile, s'il est sans profession, l'Assureur prend en charge pendant la durée de l'arrêt de travail les échéances du prêt mentionnées sur le tableau d'amortissement qui sert au calcul des cotisations à concurrence de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail.

La prise en charge intervient à l'expiration du délai de franchise de 90 jours et tant que l'Incapacité Temporaire Totale de Travail est médicalement justifiée et reconnue par l'Assureur. La prise en charge correspond au nombre de jours d'Incapacité Temporaire Totale de Travail. La durée maximum de prise en charge par l'Assureur est de 1095 jours consécutifs au titre de la même Incapacité Temporaire Totale de Travail. Elle cesse à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.

Si, à la date du début de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le montant du prêt n'a pas encore été débouqué par le prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Pour bénéficier des prestations, l'Assuré doit à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- être couvert au titre de cette garantie,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution de personne morale,

Cas particulier de l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour de l'ITT

- Si l'assuré a choisi l'option 2 ou 3, il est considéré en ITT si son incapacité à exercer ses activités quotidiennes essentielles non professionnelles est reconnue médicalement, dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une obligation médicale de maintien à domicile. Dans ce cas, l'assuré doit produire un certificat médical conformément à l'article 19 de la présente notice.

A tout moment, l'Assureur peut demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné par l'Assureur, dans le but d'apprécier son incapacité à exercer son activité professionnelle.

Lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de Travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont

limitées, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la dernière échéance d'intérêts.

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant l'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail. Si l'Incapacité Temporaire Totale de Travail survient avant l'expiration du délai de franchise, l'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au prêteur ne seront pas pris en compte.

Une **rechute** dans les 60 jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise de 90 jours si la nouvelle incapacité a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail cessent :

- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, à temps plein ou à temps partiel, SAUF dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique avec une limite d'indemnisation de 180 jours (Incapacité Temporaire Partielle de Travail),
- le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue le versement des prestations sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat,
- A l'expiration de la durée d'incapacité indiquée sur le certificat médical visé à l'article 19 pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT.
- au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- au plus tard dans un délai de 1095 jours après la date de début de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail,
- au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale,
- au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail cesse :

- au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- au jour de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale,
- le jour de la cessation de l'adhésion.

13.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré est garanti en Invalidité Permanente Totale s'il a souscrit l'option 2 ou 3. La garantie Invalidité Permanente Totale ne peut être mise en jeu qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré.

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré. Lorsque l'affection est consolidée, et au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date d'arrêt de travail, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin de calculer le taux d'invalidité en résultant par application du tableau ci-dessous.


L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice normal de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'Assureur.

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

Légende :

 Le degré d'invalidité est compris entre 33% et 66%

 Le degré d'invalidité est supérieur ou égal à 66%

L'assuré est reconnu en Invalidité Permanente Totale si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66% de la date de consolidation.

En cas d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur prend en charge les échéances du prêt mentionnées sur le tableau d'amortissement qui sert au calcul des cotisations à concurrence de la quotité assurée.

La date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale est fixée par le médecin expert désigné par l'Assureur sans que cette date puisse être antérieure de plus de 6 mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de cette garantie.

La garantie Invalidité Permanente Totale cesse :

- le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue le versement des prestations sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat, au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- le jour de la cessation de l'adhésion.

13.3 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'assuré est garanti en Invalidité Permanente Partielle s'il a souscrit à l'option 3. La garantie Invalidité Permanente Partielle ne peut être mise en jeu qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré. Après détermination du taux d'invalidité dans les conditions fixées à l'article 13.2, si ce taux est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, l'Assureur prend en charge 50% des échéances affectées du pourcentage assuré pour cette garantie.

Les prestations versées en cas d'Invalidité Permanente Partielle cessent :

- le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue le versement des prestations sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat, au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale,
- si le taux d'invalidité devenait inférieur à 33%,
- au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.

La garantie Invalidité Permanente Partielle cesse :

- le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue le versement des prestations sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat, au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré,

- le jour de la cessation de l'adhésion,
- au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

Article 14 : Garantie d'invalidité spécifique AERAS

La garantie invalidité spécifique est couverte si elle est indiquée dans les conditions particulières proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées.

L'Assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie :

- si son état de santé est consolidé,
- si son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70% tel que repris dans les conditions spéciales,
- et s'il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

La prestation est versée à compter du jour où ces trois conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées à l'article 13.2 (Invalidité Permanente Totale) à l'exception du calcul du taux d'invalidité déterminé en fonction du taux d'incapacité déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologie, la cotation est additive.

Article 15 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle médical

L'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'Assureur.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

Si l'Assuré ne produit pas les justificatifs demandés ou s'oppose à ce contrôle, il sera considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines. Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé sont inopposables à l'Assureur.

Pour les Assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité AERAS, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le Tribunal compétent, éventuellement par voie de référé.

Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que par moitié les honoraires du 3^{ème} médecin, et s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

Article 16 : Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulé l'un de ces événements, dès lors que l'Assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'Assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'Assuré est conducteur de tout moyen de transport,
- les conséquences des accidents résultant de sa consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre,
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat dès lors que l'Assuré y prend une part active,

- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire,
- la pratique du saut à l'élastique,
- les maladies en évolution ou chroniques connues de l'Assuré à la date d'adhésion ainsi que les infirmités dont l'Assuré était atteint à cette date, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie ou si elles entraient dans le champ du droit à l'oubli prévu par la convention AERAS à la date de l'adhésion.

Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.

Exclusions spécifiques à la garantie Décès :

Le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance à compter de la date d'effet des garanties, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de sa résidence principale. Dans ce cas, seule la partie du capital assuré excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant cette période.

Exclusions spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de la personne assurée, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents survenus avant la date d'effet de l'adhésion, sauf si ces risques ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et que celui-ci les a acceptés sans exclusion spécifique, ou si ces maladies entraînent dans le champ du droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS à la date d'adhésion.

Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Spécifique AERAS

- les blessures ou lésions provenant de paris ou défis,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'incapacité temporaire totale de travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L.1225-17 du code du travail, que l'Assurée y soit ou non assujettie,

A NOTER :

- Ne sont pas exclus les sinistres résultant d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique, , sauf si les déclarations médicales lors de l'adhésion ont donné lieu à des restrictions de garantie concernant ces affections.
- Ne sont pas exclus les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques, sauf si les déclarations médicales lors de l'adhésion ont donné lieu à des restrictions de garantie concernant ces affections.

Article 17: Etendue territoriale des garanties

Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la

représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre de l'article 15 - "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de documents spécifiques visés ci-avant permettant de justifier l'état de santé de l'assuré, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Les documents spécifiques visés ci-dessus ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

Article 18 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible au courtier qui vous propose d'adhérer au présent contrat ou au Cabinet Gestionnaire du contrat :

MULTI IMPACT
41-43 Avenue Hoche
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives et sous réserve de la prise en charge du sinistre. Les pièces justificatives à retourner pour le règlement des prestations sont :

En cas de décès :

- la déclaration de sinistre décès et la demande d'information décès fournies par l'Assureur,
- l'acte de décès,
- le certificat post-mortem,
- les coordonnées des ayants-droits ou héritiers.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- l'attestation médicale PTIA fournie par l'Assureur,
- la notification de pension troisième catégorie pour les assurés sociaux,
- la notification de rente d'accident du travail entraînant une IPP avec majoration tierce personne pour les assurés sociaux.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- La déclaration de sinistre et son attestation médicale fournies par l'Assureur,
 - Pour les conjoints collaborateurs, joindre un extrait du Kbis le précisant,
 - Tout justificatif de l'incapacité :
 - Volets d'indemnités journalières servies par le régime général d'assurance maladie,
 - Certificat médical (si travailleur non salarié),
 - Tout autre document justifiant l'incapacité (si fonctionnaire).
- Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT : un certificat médical précisant l'événement entraînant l'incapacité (maladie ou accident), la date de cet événement, la durée probable de l'ITT ou la durée de la prolongation de cette ITT.

En cas d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité AERAS :

- La déclaration de sinistre et son attestation médicale fournies par l'Assureur,
- Pour les conjoints collaborateurs, joindre un extrait du Kbis le précisant,
- Tout justificatif de l'invalidité :
 - Notification d'attribution de la pension, volets d'indemnités journalières,
 - Certificat médical (si travailleur non salarié),
 - Tout autre document justifiant l'invalidité (si fonctionnaire).

Dans tous les cas de sinistres :

- le(s) tableau(x) d'amortissement relatif(s) aux prêt(s)

Incapacité Temporaire totale de travail (ITT)

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être déclarée dans un délai de 180 jours ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà, l'Assureur fixe la date de la prise en charge au jour de la déclaration. Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents survenus avant la date de résiliation de l'assurance doivent être déclarés dans les 180 jours suivant cette date. Au-delà de ce délai, l'Assuré ne pourra plus prétendre à aucune prestation dès lors que l'Assureur subit un préjudice en raison du retard de la déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Les pièces justificatives de prolongation d'arrêt de travail doivent être adressées ensuite dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours. Au-delà, l'Assuré est réputé guéri à la date du dernier jour de la période justifiée. Au-delà de ce délai, toute prolongation parvenant à l'Assureur est considérée par lui :

- entre le 91^{ème} et le 180^{ème} jour : comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
- à compter du 181^{ème} jour : comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu, à compter de la date de réception du justificatif, à l'application du délai de franchise de 90 jours prévu.

L'assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle à l'Assureur, sous peine de suppression de son droit à prestations.

Article 19 : Cotisation

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Calcul des cotisations

Les cotisations sont fixées, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte la quotité assurée, l'option choisie, la qualité de fumeur ou non de l'Assuré, son activité professionnelle, les résultats de ses formalités d'adhésion. Elles sont calculées sur le capital restant dû : le taux de cotisation évolue en fonction de l'âge de l'Assuré atteint au 1^{er} janvier de l'adhésion. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré.

Réduction tarifaire

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

Taxes

Les taux de cotisation comprennent les taxes en vigueur sur les cotisations d'assurance. Toute nouvelle taxe et/ou modification des taxes applicables au contrat n°5379 sera répercutée sur les taux de cotisations, y compris pour les contrats en cours.

Révision des cotisations

Les taux de cotisations ne sont pas révisables par l'Assureur.

Paiement des cotisations

L'Adhérent doit s'acquitter des cotisations aux époques convenues et selon les modalités suivantes : les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant, l'Assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L 113-3 du Code des Assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties seront suspendues. A défaut de paiement, l'adhésion sera résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. L'organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

Article 20 : Exonération de paiement des cotisations

L'Assuré est exonéré de l'intégralité de ses cotisations pendant toute la durée de la prise en charge par l'Assureur d'un sinistre Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité AERAS. La cotisation, prélevée automatiquement, est remboursée à l'Assuré en même temps que l'échéance du prêt au prorata du nombre exact de jours sinistrés.

Article 21 : Prescription

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des Assurances reproduits ci-après :

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.

Article L.114-3 du Code des Assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L 114-2 du Code des Assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel «www.legifrance.gouv.fr ».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance

hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article 22 : Faculté de renonciation

En application de l'article L. 132-5-1 du Code des Assurances, l'assuré peut renoncer, avec l'accord du bénéficiaire acceptant, à son adhésion dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion du contrat. Cette date correspond à la date de réception du certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : **MULTI IMPACT – 41-43 Avenue Hoche – CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.**

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous ou sur la demande d'adhésion. A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion au contrat et toutes ses garanties prennent fin. La(les) cotisation(s) sera(ont) remboursée(s) dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. « Je soussigné(e) (nom, prénoms), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion n° XX au contrat n°5379 souscrit par l'association ASSUREA auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de euros. (date et signature)».

En cas d'exercice du droit de rétractation de l'emprunteur au titre du contrat de prêt, l'adhésion est résiliée de plein droit.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L132-5-1 du Code des Assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

Article 23 : Réclamation

L'interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas l'Assuré, l'adhérent ou le bénéficiaire des prestations, il peut adresser une réclamation à : **Allianz Relation Clients –Case Courrier S1803, 1 cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense Cedex.**

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, l'Assuré, l'adhérent ou le bénéficiaire des prestations aura la faculté de faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, dont les coordonnées sont les suivantes : mediation-assurance.org ou **TSA 50110-75441 Paris Cedex 9** et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 24 : Autorité de Contrôle

L'Assureur et l'association contractante ASSUREA sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 9.

Article 25 : La protection des données personnelles

1. Pourquoi recueillir les données personnelles ?

L'assureur recueille et traite les données personnelles du prospect, adhérent, assuré, bénéficiaire, payeur de cotisations, nommés ci-après « l'assuré ».

Les données recueillies lui sont nécessaires pour respecter ses obligations légales, pour gérer l'adhésion au contrat et mieux connaître « l'assuré ». **Gérer l'adhésion au contrat et respecter les obligations légales**

Les données personnelles de « l'assuré » sont indispensables à l'assureur pour l'identifier comme pour conclure et exécuter son adhésion au contrat. Elles sont également nécessaires à l'association souscriptrice ASSUREA pour la gestion de l'adhésion à cette dernière.

Les données de santé de « l'assuré » font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect du secret médical.

En outre l'assureur a besoin des données personnelles des « assurés » pour respecter en tout point les dispositions légales et

administratives applicables à sa profession, entre autres dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et contre la fraude.

Mieux connaître « l'assuré » et mieux le servir

En permettant de mieux connaître « l'assuré », ses données aident l'assureur à lui proposer et/ou lui présenter des produits et des services adaptés à ses seuls besoins (profilage). Elles peuvent être liées aux habitudes de vie de « l'assuré », à sa localisation...

Avec l'accord express de « l'assuré », ses données peuvent également servir un objectif commercial. Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de la satisfaction de « l'assuré ».

En cas d'adhésion en ligne, l'assureur utilise un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit la décision de l'assureur, « l'assuré » peut demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

2. Qui peut consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » ?

Peuvent consulter ou utiliser les données personnelles de « l'assuré » prioritairement les entreprises du groupe Allianz, l'intermédiaire en assurance (agent, courtier, mandataire d'assurance), mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de l'adhésion au contrat ou dans un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, mandataires, organismes sociaux.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, l'assureur prend des garanties spécifiques pour assurer la protection complète des données. Si « l'assuré » souhaite obtenir des informations sur ces garanties, il peut écrire à l'assureur à l'adresse indiquée au paragraphe « Les contacts ».

3. Combien de temps sont conservées les données personnelles de « l'assuré » ?

Dans le cas d'un prospect sans conclusion d'une adhésion au contrat

L'assureur conserve les données :

- commerciales : au maximum 3 ans après le dernier contact entre le prospect et son intermédiaire d'assurance;
- médicales : au maximum 5 ans à partir de leur collecte. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect du secret médical.

Dans le cas d'un client

L'assureur conserve les données tout au long de la vie de l'adhésion au contrat de l'assuré. A son terme, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

4. Quelle est l'utilité des cookies ?

Les cookies sont utilisés car ils facilitent et accélèrent la navigation de « l'assuré » sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement l'ordinateur de « l'assuré », son smartphone, sa tablette ou son navigateur... Grâce à eux, les habitudes de connexion de « l'assuré » sont reconnues et ses pages sont chargées plus rapidement.

5. Données personnelles : quels sont les droits de l'assuré ?

Consulter, modifier, effacer... « l'assuré » dispose de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de ses données :

- le droit d'opposition, lorsque ses données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à sa relation contractuelle;
- le droit d'accès et de rectification, quand il le souhaite ;
- le droit à l'effacement, lorsque la durée de conservation de ses données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à sa relation contractuelle;
- le droit à la « portabilité », c'est-à-dire la possibilité de communiquer les données de « l'assuré » à la personne de son choix, sur simple demande ;
- le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que « l'assuré » a donné pour l'utilisation commerciale de ses données ;
- le droit de décider de l'utilisation de ses données personnelles après sa mort. Conservation, communication ou effacement... : « l'assuré » désigne un proche, lui indique sa volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer son droit d'accès aux données collectées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, « l'assuré » s'adresse directement à la CNIL.

De manière générale, « l'assuré » peut lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de ses données sur le site allianz.fr ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est responsable des données de « l'assuré » ? ».

Enfin, le site de la CNIL le renseignera en détail sur ses droits et tous les aspects légaux liés à ses données personnelles : www.cnil.fr.

6. Qui est responsable des données de « l'assuré » ?

Allianz Vie, pour les risques qu'elle couvre :

Société anonyme au capital de 643.054.425 €

340 234 962 RCS Nanterre

Entreprise régie par le Code des assurances

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr

7. Comment « l'assuré » exerce ses droits ?

Pour s'opposer à l'utilisation de ses données, demander leur effacement, pour poser une question sur l'ensemble de leurs traitements ou une réclamation, « l'assuré » peut solliciter directement l'assureur et écrire au « Délégué à la Protection des Données Personnelles » de l'assureur. Pour savoir à quelle adresse écrire, « l'assuré » doit se rendre au paragraphe « Les contacts ».

En cas de réclamation et si la réponse de l'assureur ne le satisfait pas, « l'assuré » peut s'adresser à la CNIL.

8. Les contacts

Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il suffit à « l'assuré » d'écrire :

- par mail à informatiqueetliberte@allianz.fr,
- par courrier à l'adresse Allianz - Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex.

Pour toutes demandes, « l'assuré » ne doit pas oublier de joindre un justificatif d'identité.

Article 26 : Droit d'opposition des consommateurs au démarchage téléphonique

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Ces dispositions sont applicables à tout consommateur c'est à dire à toute personne physique qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale.

Article 27 : Substitution d'assurance et résiliation

Pour les prêts immobiliers :

Conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances, l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de son offre de prêt. Il devra pour ce faire adresser à l'assureur sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur de la notification de l'acceptation de la substitution établie par l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels :

Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt, l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat en adressant à l'assureur au moins deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, une lettre recommandée accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur bénéficiaire acceptant. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée ; le cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra alors effet au jour de la date d'échéance annuelle de l'adhésion, correspondant à la date de renouvellement de l'adhésion.

La demande d'admission ainsi que le questionnaire de santé doivent être adressés à **MULTI IMPACT** 41-43 Avenue Hoche – CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX

Allianz – Centre de Solutions Clients Collectives Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 Strasbourg Cedex

Allianz Vie - Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme au capital de 643.054.425 euros Siège social : 1 cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense Cedex. – 340 234 962 RCS Nanterre - www.allianz.fr

ASSUREA – ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

Technopole du Moulin, Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil

Autorité chargée du contrôle d'Allianz Vie : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, place de Budapest, 75436 Paris cedex 09