

NOTICE D'INFORMATION QUALI EMPRUNTEUR CI

La présente Notice d'information référencée QUA25G00701E-042025 a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du Contrat collectif QUALI EMPRUNTEUR CI (ci-après désigné par le terme « Contrat » à Adhésion facultative souscrit auprès de Quatrem par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA), sous le n° de convention QUA25G00701E. Le Contrat est régi par le droit français et notamment par le code des assurances.

QUATREM (Société du groupe Malakoff Humanis) est une société anonyme au capital de 510 426 261 euros, Entreprise régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 PARIS. L'activité de cette entreprise est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09. Elle est également désignée ci-après par le terme « Assureur ».

Le souscripteur du Contrat collectif est l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA), Association sans but lucratif régie par la Loi du 1er juillet 1901 – Journal officiel du 18 août 2015 - Siège social : Technopole du Moulin, Rond-point du Canet, CS 10019, 13590 MEYREUIL. Elle est également désignée ci-après par le terme « Souscripteur ». Les statuts de l'association sont disponibles sur le lien suivant <https://www.associarea.fr> ou sur demande par courrier à l'adresse postale de l'association.

Le Contrat est géré par Multi-Impact SAS au capital de 54 852 €, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Reims sous le numéro B 402 502 108, dont le siège social est situé 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX. Il est également désigné ci-après par le terme « Gestionnaire ».

L'Adhésion au Contrat QUALI EMPRUNTEUR CI est constituée par la Demande d'Adhésion, la présente Notice d'information et le Certificat d'Adhésion.

1. OBJET DU CONTRAT

Le Contrat a pour objet de garantir, en cas de Sinistre de l'Assuré, le versement par l'Assureur au Bénéficiaire :

- D'un capital en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- De tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), de mise en œuvre de la Garantie Aide à la Famille (GAF), d'Invalidité Permanente Totale (IPT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Invalidité Spécifique (GIS).

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

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées sur son Certificat d'Adhésion.

2. PERSONNES ADMISSIBLES

Peuvent adhérer au présent Contrat :

- Les personnes morales ayant leur siège social en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion), Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Portugal, Royaume-Uni ou en Suisse.
- Les personnes physiques répondant aux conditions de résidence ci-dessous ;

Peuvent être assurées au titre du présent Contrat, les personnes physiques qui :

- Résident en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion), ou qui
- Résident en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, et souscrivent un prêt en vue de financer l'acquisition d'une résidence principale, secondaire ou un investissement locatif en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe ou à la Réunion. 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, de moins de 65 ans pour les autres garanties,
- Avoir souscrit un emprunt en leur nom propre en qualité d'Emprunteur, Co-Emprunteur ou Caution d'une personne physique ou, pour le compte d'une personne morale souscriptrice de l'opération de crédit, en qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de Caution solidaire de la personne morale.

Si l'Emprunteur est une personne morale, son siège social doit être situé en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion, en Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Portugal, Royaume-Uni ou en Suisse.

Pour les Prêts immobiliers, l'Assuré 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.

3. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNÉES

Les opérations de crédit doivent être réalisées en euros ou en francs suisses convertis en euros, rédigées en français et consenties par des établissements de crédit français situés en France ou en Suisse 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 18 000 € et une durée minimale d'un an.

3 a. Prêts concernés

Sont assurables au titre du Contrat les prêts suivants :

PRÊTS AMORTISSABLES :

- d'une durée maximale de 360 mois, sans différé ou avec un différé d'amortissement (total ou partiel) maximum de 36 mois,

LES PRÊTS RELAIS,

- d'une durée maximale de 36 mois et sous réserve qu'il soit adossé à un prêt principal assuré au titre du Contrat

LES PRÊTS IN FINE,

- d'une durée maximale de 180 mois.

LES PRÊTS DE RESTRUCTURATION

- d'une durée maximale de 360 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)

En complément des formules 2 et 3, il est possible de souscrire lors de l'Adhésion l'option Renfort Dos/Psy : cette option permet de lever les exclusions relatives aux affections dorsales et aux affections psychiatriques telles que définies au chapitre 11. "EXCLUSIONS".

Choix de la Franchise : l'Adhérent qui souscrit les garanties ITT, IPT ou IPP a le choix au moment de sa Demande d'Adhésion entre une Franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours. Si l'Adhérent réside en Guadeloupe, Martinique, la Réunion, il doit choisir entre la Franchise de 90, 120 ou 180 jours.

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 Assuré 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 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 à l'Assuré une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation. L'Assuré, 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 l'Assuré.

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. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'Adhésion doivent être accomplies par le Proposant.

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 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.

8.1 GARANTIE DECES

L'assurance s'applique en cas de Décès de l'Assuré survenant avant son 91^{ème} anniversaire et faisant suite à un évènement garanti.

Les prestations garanties par l'Assureur, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur, 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 au jour du Sinistre. Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard ou autres), pénalités, indemnités de résiliation 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 plus de 3 mois par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. Les Cautions associées de SCI 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 déblocages successifs :

Pour les prêts à déblocages 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 déblocages 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.

8.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite effective d'une activité professionnelle rémunérée. En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

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 garanti(e) 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 plus de 3 mois par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné. Les Cautions associées de SCI ne sont pas soumises à cette condition.

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

8.3 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 6 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 l'Assuré, lors de son Adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est au chômage indemnisé par France Travail ou un organisme assimilé, ou est Conjoint collaborateur.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'ITT doit être reconnue avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), 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 garanti(e).

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.

Reprise à 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 12 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.

Garantie Aide à la Famille (GAF)

L'Aide à la famille est une garantie incluse à la garantie ITT.

L'Assuré bénéficie de la Garantie Aide à la Famille lorsque les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'Assuré bénéficie de l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP), définie aux articles L.544-1 et suivants du code de la Sécurité sociale ou de l'Allocation Journalière de Proche Aidant (AJPA), définie aux articles L.168-8 et suivants du même code,
- l'Assuré n'était pas déjà bénéficiaire de l'AJPP ou de l'AJPA au jour de la prise d'effet des garanties de l'Adhésion,
- l'Assuré cesse partiellement ou totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant ou de son proche,
- lorsque l'Assuré bénéficie de l'AJPP, la prise en charge de la GAF intervient avant le 20^{ème} anniversaire de son enfant.

En cas de mise en œuvre de la GAF, l'Assureur verse au Bénéficiaire 50% des mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur en tenant compte de la Quotité assurée et du nombre de jours d'inactivité professionnelle.

Le versement de l'indemnisation se poursuit tant que l'Assuré bénéficie de l'AJPP ou de l'AJPA et pour une durée maximale de :

- 14 mois renouvelables une fois pour l'Assuré bénéficiaire de l'AJPP
- 3 mois non renouvelables pour l'Assuré bénéficiaire de l'AJPA.

Cette indemnisation peut être continue ou discontinue dans la limite de :

- 28 mois par Assuré pendant toute la durée de l'Adhésion au Contrat pour l'Assuré bénéficiaire de l'AJPP
- 3 mois par Assuré pendant toute la durée de l'Adhésion au Contrat pour l'Assuré bénéficiaire de l'AJPA

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPT doit être consolidée avant la date à

laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) 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 ».

Invalidité Permanente partielle (IPP)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à pension de vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au jour de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'IPP doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) 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 ».

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 et par application du barème croisé défini en Annexe.

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 % en fonction des répercussions de l'incapacité fonctionnelle sur 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 garanti(e), 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 apprécié 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.

REMARQUES IMPORTANTES :

Les prestations versées au titre de la GAF ne peuvent se cumuler avec aucune autre prestation du Contrat. Lorsque l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), le versement des prestations au titre de la GAF peut être accordé pendant toute la durée de la Franchise.

En cas de pluralité d'Assurés pour un même prêt, la prise en charge des mensualités ne pourra se cumuler.

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, Aide à la Famille 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 ou 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 de mise en œuvre de la Garantie Aide à la Famille :

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

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 % des échéances dues
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

Dispositions communes au versement des prestations

Les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT et 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.

Si le Sinistre est survenu avant le début du Congé légal de maternité sans avoir donné lieu à indemnisation à cette date ou s'il est 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

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 assuré à cette date.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre des garanties ITT, GAF, IPT ou 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 précédent le Sinistre ;
- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,

Particularités en présence de co-emprunteurs et co-Cautions

En cas de décès ou de PTIA simultanés de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le capital restant dû au jour du Sinistre, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur, dans la limite du montant garanti.

En cas d'ITT, GAF, ITP, IPT ou IPP simultanées de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement due par les Assurés à l'Organisme prêteur, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur, dans la limite du montant garanti.

Dispositions concernant les prêts en francs suisses

Les prêts en francs suisses sont convertis en euros lors de l'adhésion. Les montants garantis sont exprimés en euros.

En cas de Sinistre, le montant des prestations est déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur, converti en euros selon le taux de change en vigueur au jour de l'adhésion, dans la limite du montant garanti.

Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT, GAF 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 perdure 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 12 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 Aide à la Famille, le service des prestations cesse également :

- lorsque l'Assuré ne bénéficie plus de l'AJPP ou de l'AJPA et n'est plus en mesure d'en fournir les justificatifs de versement,
- lorsque l'enfant concerné atteint son 20^{ème} anniversaire pour l'Assuré bénéficiaire de l'AJPP,
- au plus tard à l'âge de cessation de la garantie ITT.

La garantie IPT, 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'invalidité devient inférieur à 66%,
- en cas de reprise totale ou partielle par l'Assuré de son activité professionnelle pratiquée de façon effective et habituelle,

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,

9. FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

A l'égard de chaque Adhérent, 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'Adhérent 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'Adhérent demande la résiliation de son Adhésion :

- pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, mentionnés au 1^o 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 à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) , en ce qui concerne les garanties ITT, IPT et 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.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les garanties cessent à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

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

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 en cours 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 victime 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, base jump.
 - 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)

La pratique de sports extrêmes ou de sports courants, à l'exception des sports non représentés par une fédération française, peut être couverte à la demande de l'Assuré et sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières.

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 de l'Adhésion, 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 la PTIA, l'ITT, l'IPT et l'IPP, Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties et celles spécifiques à la garantie Décès, 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,
- les affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychologiques suivantes : Dépression, dépression nerveuse et dépression réactionnelle, dépression post partum, syndrome anxiodépressif, syndrome maniaxo-dépressif, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif, syndrome de fatigue chronique, épusement, asthénie, burn-out, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie et trouble schizo-affectif, hallucination et trouble délirant, trouble phobique, trouble anxieux, anxiété généralisée, insomnie, narcolepsie et hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie et syndrome douloureux régional complexe, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de huit (8) jours.

Le paiement des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt au premier jour d'Hospitalisation.

Les Assurés ayant souscrit lors de l'Adhésion l'Option Renfort Dos/Psy sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

- les affections disco vertébrales et paravertébrales suivantes : Atteintes discales telles que hernie, protrusion et pincement ; arthrose ; canal cervical étroit, névralgie dorsale, névralgie ; lombocruralgie ; lombosciatalgie ; maladie de Scheuermann ; maladie de Forestier et Rotès Queroi ; ostéoporose, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, lumbago, sciatique, sciatalgie, cruralgie, radiculalgie, discopathie, scoliose, cyphose et lordose, canal lombaire étroit, sacro coxalgie, les atteintes vertébrales telles que : spondylolisthésis et spondylarthrose, fracture vertébrale, luxation vertébrale, tassement vertébral et entorse vertébrale, névralgie cervico-brachiale, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale ou à une Hospitalisation continue de plus de sept (7) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos.
- Le paiement des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt au premier jour d'Hospitalisation.

Les Assurés ayant souscrit lors de l'Adhésion l'Option Renfort Dos/Psy sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation ou d'intervention.

12. ETENDUE TERRITORIALE

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

En cas d'Accident ou de Maladie garanti(e) atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au présent Contrat.

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, 10 000 000 euros par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent Contrat. Pour un Assuré âgé de 66 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, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Permanente Totale, 7500 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent Contrat,
- Pour la Garantie Aide à la Famille, 2500 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du 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,
- faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. L'Assuré a la possibilité de se faire accompagner lors de l'expertise, à ses frais, par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé.

Le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

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, notamment de l'Age de l'Assuré à la date d'effet des garanties, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

15.2 Irrévocabilité des cotisations

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies par l'Adhérent 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 dans les cas suivants :

- Changement du taux des taxes applicables au contrat ou instauration de nouvelles impositions applicables au contrat,
- Modifications des caractéristiques du prêt nécessitant l'émission d'un avenant au contrat,
- A la demande de l'Assuré, en cours d'Adhésion, pour garantir la pratique de sports exclus et rachetables.

15.3 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'Adhérent.

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

15.4 Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent 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 trente (30) jours après son envoi, les garanties sont suspendues. À défaut de paiement, le contrat est résilié de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

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 l'Assuré 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 l'adhérent 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 Adhérents 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.

Modalités d'application de la GIS :

En cas d'Invalidité Spécifique reconnue de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur.

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 assuré à cette date.

Pour qu'il y ait Invalidité Spécifique, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

En cas de polypathologies la cotation est additive c'est-à-dire qu'elle s'effectue en sommant les taux des différentes pathologies.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème 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.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour ouvrir droit à indemnisation, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée au plus tard au 71ème anniversaire de l'Assuré et en tout état de cause avant la mise en retraite de l'Assuré et avant qu'il ait atteint l'âge pour faire valoir ses droits à la retraite.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'invalidité spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'invalidité spécifique proportionnellement à cette durée.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de l'Invalidité Spécifique :

- **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 précédent le Sinistre ;**
- **Le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,**

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 70 % ;
- en cas de non-production du justificatif attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Décès ou PTIA ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 71ème anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- et dans tous les autres cas de cessation prévus au chapitre 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ».

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'Adhérent ou l'Assuré ou le Bénéficiaire.

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 par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis de réception) 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 recommandé 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°QUA25G00701E 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 HOCHE – CS 110002
51687 REIMS CEDEX

Ou

Oav.mtx@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 fausse 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'assureur 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.

A 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 LIBERTÉS"

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier 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'Assuré est informé que Quatrem, ci-après désigné Malakoff Humanis et le Gestionnaire, collectent et

traitent des données à caractère personnel en qualité de responsables conjoints de traitement.

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

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'Assuré ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclaré auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Malakoff Humanis et le Gestionnaire s'engagent à ne pas exploiter les données personnelles de 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 ci-dessus, 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 sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Malakoff Humanis et le Gestionnaire s'engagent 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 ses 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.

2. L'Assuré dispose d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'Assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés par courrier auprès de :
MULTI IMPACT - Délégué à la Protection des Données - 41/43
avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS Cedex

Ou par email à l'adresse suivante : dpo@multi-impact.com.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'Assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.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.

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 au Service Réclamation du Gestionnaire :

- soit par courriel envoyé à : reclamations@multi-impact.com
- soit par courrier adressé à :
MULTI IMPACT – Service Réclamations - 41/43 avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS cedex
- soit par téléphone 03.52.62.65.04

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'Assureur ou le Gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France, ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat d'assurance pourra être portée devant le tribunal compétent.

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.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, de mise en œuvre de la Garantie Aide à la Famille, 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 Les documents à fournir

Quelle que soit la garantie sollicitée :

- la copie du tableau d'amortissement du prêt garanti en vigueur au jour du Sinistre.
- En cas de Sinistre résultant d'un Accident, la copie du procès-verbal de police ou de gendarmerie accompagné du récit détaillé des circonstances de l'accident et de toute pièce officielle les relatant
- si l'Assuré a la qualité de Caution de l'emprunteur, le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné et la copie des documents justifiant la prise en charge d'au moins trois mois de prêt à la date 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 :

- l'original de l'acte intégral de décès de l'Assuré ;
- En cas de décès à l'étranger, 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 ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès ;

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

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

- un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'inaptitude au travail, la date de Consolidation, à adresser au médecin conseil sous pli confidentiel ;
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujetti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;

En cas d'Incapacité Temporaire Totale

L'Assuré doit transmettre à l'Assureur :

- le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant notamment la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité, la date de début et la durée probable de cet état
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie l'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation, délivrés par le médecin et les décomptes d'indemnités journalières versés par le régime obligatoire de l'Assuré,
- 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
- une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré à percevoir les prestations,
- le cas échéant, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.
- en cas de Rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la Rechute

En cas de demande de mise en œuvre de la GAF :

- en cas d'Aide à la Famille, l'attestation d'accord de prise en charge, par l'organisme concerné, de l'AJPP ou l'AJPA à l'Assuré ;
- les décomptes mensuels de paiement de l'AJPP ou de l'AJPA.

En cas d'Invalidité

L'Assuré doit transmettre à l'Assureur :

- le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant notamment la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'invalidité, le taux d'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie
- 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%,
- 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.

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.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires nécessaires pour l'instruction de la demande d'indemnisation.

18.2 Fausse déclaration lors du Sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la

résiliation du contrat, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de Sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose le Bénéficiaire et les ayants droit à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

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°QUA25G00701E 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 Technopôle du Moulin, Rond-point du Canet CS10019 – 13590 MEYREUIL.

Âge de l'Assuré : l'âge de chaque Assuré est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance.

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 :

Pour le risque Décès, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

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.

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 reconnaissante 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,
- et 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.

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 :

Événements donnant lieu à garantie au titre du contrat lorsque celle(s)- ci est(sont) en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Spécifique, Garantie Aide à la Famille.

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.

BAREME CROISE

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL									
	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
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