

BÉNÉFICE EMPRUNTEUR

NOTICE D'INFORMATION

Au contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative Bénéfice Emprunteur CI

Le présent document constitue la notice d'information du Contrat **Bénéfice Emprunteur CI** (ci-après dénommé le « **Contrat** ») dont le numéro de la police mère est le suivant : MTXPR_CI_BEN_1024, régi par le Code des assurances, notamment les articles L 141-1 et suivants. Cette notice reprend les dispositions du contrat collectif **Bénéfice Emprunteur CI** souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (**ASSOCIAREA**) [auprès de **PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR**, entreprise d'assurance mixte (ci-après dénommée l'« **Assureur** ») dont le siège social est situé 19, rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09, société anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n°343 286 183 qui couvre le risque de Décès (branche 20 vie-décès) et les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Totale (branches 1 et 2 – accidents et maladie). PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest -CS 92459- 75436 Paris Cedex 09.

L'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA) est l'association souscriptrice du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative **Bénéfice Emprunteur CI**, ci-après dénommée "**Le Souscripteur**". Cette association, à but non lucratif, constituée conformément à la loi du 1er juillet 1901, a pour l'objet de souscrire des contrats d'assurance collective emprunteur au profit de ses membres. Elle est sise Technopole du Moulin, Rond-point du Canet – CS 10019 – 13590 Meyreuil. 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.

L'organisme gestionnaire du Contrat est, par délégation de l'Assureur, **MULTI IMPACT**, société par actions simplifiées au capital de 54 852 euros, immatriculée au RCS de Reims sous le numéro n°402 502 108, dont le siège social est situé 41-43, avenue Hoche – 51100 Reims, société de courtage en assurance immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 004 884 (www.orias.fr).

L'activité de MULTI IMPACT est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4, place de Budapest -CS 92459- 75436 Paris Cedex 09.

Article 1 DÉFINITIONS

Le lexique ci-dessous est à la disposition de l'Assuré pour une parfaite compréhension des termes techniques utilisés. Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés dans l'ensemble des documents contractuels de la manière suivante, dès lors qu'ils commencent par une majuscule :

Accident : toute atteinte ou lésion corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure, et survenue pendant la période de validité des garanties.

Ne sont pas considérés comme des Accidents, les malaises cardiaques, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et la rupture d'anévrisme.

Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) : désignent les activités de la vie quotidienne ou activités élémentaires qu'une personne est amenée à effectuer quotidiennement en réponse à ses besoins primaires. Elles se décomposent en 6 catégories :

1. L'habillement : s'habiller et se déshabiller,
2. L'alimentation : se servir à manger de la nourriture préparée,
3. La continence : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale,
4. Le déplacement : se déplacer à l'intérieur de son logement,
5. Les transferts : être capable de passer du lit à une chaise ou inversement.
6. La toilette : aptitude de faire sa toilette seul.

Adhérent : personne physique ou morale dont l'adhésion au Contrat a été acceptée et qui paie les cotisations.

Assuré : personne physique admise à l'assurance sur qui reposent les garanties. Le terme « Assuré » désigne chacun des assurés mentionnés au Certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : l'Organisme prêteur désigné au Certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du Contrat, sauf accord exprès du prêteur et de l'Adhérent pour la désignation d'un autre Bénéficiaire.

Capital Initial : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'Organisme prêteur à la date d'effet de l'adhésion. Le Capital Initial ne tient pas compte des Échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Capital Restant Dû : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'Organisme prêteur à une date déterminée. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution : personne physique s'engageant à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'emprunteur ou le co-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Certificat d'adhésion : document contractuel confirmant l'adhésion au Contrat et précisant les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

Consolidation (date de) : moment à partir duquel l'état de santé de l'Assuré n'est plus susceptible de s'améliorer, y compris sous traitement.

Contrat : ensemble des documents qui définit les droits et obligations réciproques de l'Assuré et de l'Assureur.

Date d'effet de l'adhésion : correspond à la date de signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds, telle que mentionnée au Certificat d'adhésion.

Délégation de bénéfice : document délivré à l'Adhérent au moment de l'adhésion au Contrat et qui est destiné à l'Organisme prêteur. Elle matérialise l'acceptation du risque par l'Assureur et reprend, le(s) prêt(s) couvert(s), la date d'effet des garanties et les éléments sur le coût de l'assurance.

Demande d'adhésion : document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

Echéance : montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échéancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'adhésion ou avenant au Certificat d'adhésion en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. **L'Echéance ne couvre pas le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif.** Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance, la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, aucune prestation n'est due.

Formalités médicales : questionnaire de santé, examens médicaux, questionnaire lié à une pathologie, demande d'informations médicales complémentaires pouvant être réclamés à l'Assuré lorsque la quotité assurée (incluant les prêts immobiliers déjà souscrits ou en cours de souscription) dépasse le montant ou l'âge en fin de prêt indiqué à l'article L113-2-1 du Code des assurances.

Hospitalisation : fait de recevoir des soins prescrits par une autorité médicale compétente dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures consécutives ou d'une nuit.

Est considéré comme établissement hospitalier, un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire, **à l'exclusion des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et des centres de thermalisme.**

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : état qui place l'Assuré, à la suite d'un Accident ou une Maladie garantie, dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'exercer sa Profession. L'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre est considéré en ITT si son état le place dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'accomplir 4 des 6 Actes de la Vie Quotidienne tels que définis ci-dessous. La prise en charge liée à cet état ne débute qu'à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Assuré et mentionné sur le Certificat d'adhésion.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la date de Consolidation, d'exercer sa Profession. Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33% et inférieure à 66%, selon le barème croisé fonctionnel et professionnel. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPP sera établie sur la base de la seule incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert. Cette garantie est proposée en extension de la garantie ITT/IPT, au même niveau, si elle est nécessaire pour apporter l'équivalence du niveau de garantie avec le contrat standard de son Organisme prêteur. Si elle est accordée, cette garantie figure au Certificat d'Adhésion.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la Date de Consolidation, d'exercer sa Profession. Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, selon le barème croisé fonctionnel et professionnel. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPT sera établie sur la seule incapacité fonctionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert.

Maladie : toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par un médecin. Est considéré comme une Maladie le décès qualifié de mort naturelle.

Médecin expert : médecin mandaté par l'Assureur pour examiner l'Assuré dans le cadre d'un Sinistre.

Organisme prêteur : organisme qui a consenti l'opération de crédit qui fait l'objet des garanties accordées par l'Assureur au titre du contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : invalidité qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, met l'Assuré dans l'incapacité physique ou mentale définitive permanente, médicalement constatée, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit et le met dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance totale et permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les Actes de la Vie Quotidienne.

Profession : métier exercé par l'Assuré lui procurant un salaire, une rémunération ou des revenus.

Proposant : personne physique ou morale qui formule une Demande d'adhésion au Contrat.

Quotité : correspond pour chaque Assuré, à la part, en pourcentage du capital emprunté auprès de l'Organisme prêteur, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même opération de crédit, 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 assurée de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non- familiale, la quotité assurée en ITT, IPP et IPT ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion au Contrat.

Résidence habituelle : désigne le foyer d'une personne physique (conjoint et/ou enfants) ou le lieu de séjour principal (plus de 183 jours par an).

Sinistre : tout événement survenu pendant la durée de validité de l'adhésion susceptible de mettre en jeu une garantie souscrite au titre du Contrat.

Taux de change : est ainsi dénommé le taux de change applicable aux montants cités dans la présente notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque de France.

Article 2 OBJET DU CONTRAT

Le Contrat permet de souscrire dans le cadre de prêts personnels ou professionnels contractés auprès d'un Organisme prêteur, une garantie en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT) consécutives à une Maladie ou à un Accident.

Article 3 PRÊTS ASSURABLES

Sont assurables les prêts :

- Libellés en euros et rédigés en français ;
- Souscrits auprès d'un organisme prêteur qui doit être un établissement de crédit français situés en France ou succursales d'établissement de crédit français situées en Suisse ou dans un état membre de l'Union Européennes ou succursale française d'établissement de crédit étrangers ayant leur siège social dans une état membre de l'Union Européenne.
- L'organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du Contrat ;
- D'un montant minimum cumulés à assurer de 17 000 euros ;
- Dont les caractéristiques sont les suivantes :
 - Prêt amortissable d'une durée maximale de 360 mois (30 ans) et d'une durée minimum de 36 mois (3 ans),
 - Prêt amortissable professionnel d'une durée maximale de 360 mois (trente 30 ans) et d'une durée minimum de 36 mois (3 ans),
 - Prêt de restructuration avec un minimum de 60% de prêts immobiliers d'une durée maximale de 360 mois (trente 30 ans) et d'une durée minimum de 36 mois (3 ans),
 - Prêt à taux zéro d'une durée maximale de 360 mois (30 ans),
 - Prêt palier d'une durée maximale de 360 mois (30 ans)
 - Prêt in fine d'une durée maximale de 240 mois (20 ans),
 - Prêt relais d'une durée maximale de 36 mois (3 ans),
 - Crédit-bail d'une durée maximale de 180 mois (15 ans),
- À taux fixe et/ou révisable, à échéances constantes ou progressives, indexées et/ou modulables ;
- Dont la durée, y compris la période de différé (de maximum 36 mois) et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 360 mois soit trente (30) ans.

Ne sont pas assurables les prêts suivants :

- Les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse : crédits renouvelables) ;
- Les crédits permanents renouvelables ;
- Les prêts viagers hypothécaires ;
- Les prêts Europlan ;
- Les prêts d'une durée supérieure à 360 mois soit trente (30) ans.

Limitation des capitaux et garanties :

Le montant total des capitaux assurés est limité à 5 000 000 euros pour un même Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'Assureur dans le cadre du Contrat.

Pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt ou crédit-bail, l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une personne assurée avec une Quotité à 100 %.

Prêts libellés en devises :

L'assurance de prêts accordés en devises par des établissements de crédit français situés en France ou succursales françaises

d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un État membre de l'Union Européenne ou en Suisse, est possible aux conditions suivantes :

Lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le Taux de change en vigueur à la date d'adhésion majoré d'un coefficient multiplicateur compris entre 100% et 120% ;

- **Les cotisations d'assurances sont prélevées en euros sur la base du tableau d'amortissement en euros ainsi obtenu ;**
- **En cas de réalisation du risque, l'indemnisation se fera en euros sur la base du tableau d'amortissement en devises en vigueur au jour du Sinistre, du Taux de change au jour de survenance du sinistre et dans la limite du montant tel que prévu au dernier tableau d'amortissement figurant au Certificat d'adhésion en vigueur à la date du Sinistre.**

Une réactualisation du tableau d'amortissement et des cotisations afférentes pourra être demandée annuellement par l'Adhérent avant le 20 décembre, pour tenir compte de l'impact de l'évolution du Taux de change sur le tableau d'amortissement exprimé en euros. Cette modification devra correspondre exactement à l'évolution du Taux de change entre le 1er décembre de l'année précédant la réactualisation et le 1er décembre de l'année de la réactualisation, dans la limite de plus ou moins 10%. Toute réactualisation non demandée par l'Adhérent pour une année donnée ne pourra être prise en compte ultérieurement. Toute modification est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur qui se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion.

L'attention de l'Adhérent est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros, l'Adhérent pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

Article 4 PERSONNES ASSURABLES

Sont admissibles au Contrat, les personnes physiques, les représentants de personnes morales, exerçant des fonctions de dirigeant de la personne morale emprunteuse, ayant exclusivement la qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur au contrat de prêt ou de Caution :

- Agées à la date de signature de la Demande d'adhésion, d'au moins 39 ans inclus et :
 - d'au plus 70 ans inclus pour la garantie décès,
 - d'au plus 69 ans inclus pour la garantie PTIA,
 - d'au plus 65 ans inclus pour les garanties ITT, IPP et IPT.
- **Ayant satisfait aux formalités d'adhésion,**
- Remplissant les conditions de Résidence habituelle en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après :

	LIEU DE RESIDENCE	
	France Continentale	Corse La Réunion Guadeloupe Martinique Guyane
GARANTIES		
Décès	X	X
PTIA	X	X
ITT	X	X avec Franchise minimum de 90 jours
IPP	X	X avec Franchise minimum de 90 jours
IPT	X	X avec Franchise minimum de 90 jours
Renfort couverture des affections dorsales et/ou des affections psychiatriques	X	X
GIS	X	X

Les personnes assurables ont la qualité d'Assuré dès la date de prise d'effet des garanties.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra demander à l'Assuré de lui communiquer :

- Le tableau d'amortissement de l'emprunt ou celui des loyers ainsi que le montant de l'option d'achat dans le cas d'un crédit-bail ;
- L'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de Caution.

Article 5 ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

En cas d'Accident ou de Maladie 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. L'Assureur se réserve le droit de 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.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

L'Assureur ne sera considéré comme accordant une garantie, et ne sera tenu d'indemniser quelque sinistre que ce soit ou à fournir quelque service que ce soit, si l'offre de cette garantie, l'indemnisation de ce sinistre ou la fourniture de ce service, l'expose à des sanctions, interdictions ou restrictions selon les résolutions des Nations Unies, ou des sanctions commerciales ou économiques, lois ou règlements de l'Union Européenne, ou de la France.

Article 6 GARANTIES PROPOSÉES

Les garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

- **Décès,**
- **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),**
- **Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),**
- **Invalidité Permanente Partielle de travail (IPP),**
- **Invalidité Permanente Totale de travail (IPT),**
- **Renfort couverture des affections dorsales et/ou des affections psychiatriques (garanties optionnelles).**

Les garanties sont définies en référence aux exigences de l'Organisme prêteur et en plein accord avec le ou les emprunteurs/Assurés. Elles sont structurées pour répondre aux besoins de protections individuelles au regard de leur situation familiale et professionnelle et de la Quotité assurée.

Seules les garanties mentionnées au Certificat d'adhésion sont accordées à l'Assuré.

Article 7 FORMALITES D'ADHÉSION

7.1 Adhésion au Contrat

Lors de l'adhésion au Contrat, chaque Assuré doit satisfaire aux formalités administratives ainsi qu'aux éventuelles Formalités médicales qui lui sont demandées en fonction de son âge et des montants garantis.

Les opérations de crédit contractées sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de l'opération de crédit au plus tard dans les six (6) mois qui suivent la Date d'effet de l'adhésion mentionnée au Certificat d'adhésion, et d'un premier déblocage des fonds au plus tard dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent la signature de l'offre de l'opération de crédit. Si ces deux conditions ne sont pas remplies, l'Assuré devra satisfaire à nouveau aux formalités d'adhésion. Les prêts en cours sont assurables sous réserve d'un déblocage des fonds déjà effectué ou à venir dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et examens médicaux résultant directement des Formalités médicales qu'il a demandées dans les cas suivants :

- **Si l'adhésion est effective ;**
- **Si l'adhésion est refusée ou ajournée par l'Assureur ;**
- **Si l'adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusions, restriction sur les garanties) par l'Assureur et que celles-ci sont refusées par le Proposant.**

7.2 Proposition de l'Assureur et émission du Certificat d'adhésion

Après examen des pièces financières et médicales lorsque l'Assuré a été soumis à des Formalités médicales, l'Assureur, s'il accepte de couvrir le risque, propose une cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières. La proposition de l'assureur est valable six (6) mois si l'acceptation est au tarif standard et valable quatre (4) mois en cas de conditions particulières. Le Certificat d'adhésion est émis après signature de la Demande d'adhésion dans ce délai. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.

Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou par MULTI IMPACT vaudront signature de l'Adhérent / l'Assuré, lui seront opposables et pourront être admis comme preuve de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion au contrat d'assurance qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la Notice dûment acceptées par lui.

Article 8 CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) concernant les personnes dont l'état de santé ne leur permet pas d'obtenir une couverture d'assurance sans majoration de tarif ou exclusions de garanties.

Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-info.fr.

Pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels), la Convention AERAS prévoit un dispositif d'examen approfondi et automatique de la demande d'assurance selon trois niveaux.

À l'issue des deux premiers niveaux, si une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier de l'emprunteur sera analysé à un troisième niveau, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- **Pour les prêts professionnels et les prêts immobiliers :**
 - **Encours cumulés de prêts inférieurs ou égaux à 420 000 euros,**

- **Durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède le 71^{ème} anniversaire de l'emprunteur au terme du prêt.**

Malgré ce dispositif, certaines personnes peuvent ne pas être assurables. Par ailleurs, si en raison de l'état de santé de l'Assuré, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et la garantie Invalidité Permanente Totale ne peuvent être accordées sans restriction, l'Assureur étudiera la possibilité d'accorder à l'emprunteur la Garantie Invalidité Spécifique de la Convention AERAS (GIS).

Cette garantie couvre l'Assuré en cas d'invalidité professionnelle permanente totale et consolidée avec un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% en référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Lorsqu'elle est accordée, la GIS ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'Assuré. Si l'Assureur n'a pas pu proposer la GIS, il étudiera la possibilité de proposer la couverture du risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 9 DÉFINITIONS DES GARANTIES ET DES PRISES EN CHARGE

La Quotité assurée reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux prestations prévues ci-après en fonction des conditions d'admissibilité figurant sur le Certificat d'adhésion.

Rappel : le contrat d'assurance étant un contrat par nature aléatoire, tout sinistre (arrêt de travail, état d'invalidité reconnu) en cours lors de l'adhésion au Contrat ne pourra être garanti et ne fera l'objet d'aucune indemnisation.

9.1 La garantie Décès

L'assurance s'applique en cas de décès de l'Assuré sous réserve d'acceptation du risque par l'Assureur et des exclusions prévues au chapitre « Exclusions ».

En cas de décès de l'Assuré par suite de Maladie ou d'Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour de son 91^{ème} anniversaire, l'Assureur verse le Capital Restant Dû à la date d'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du Décès, multiplié de la Quotité assurée.

Dispositions spécifiques :

- **Prêts avec différé : durant la phase de différé, l'Assureur verse le montant défini ci-dessous, affecté de la Quotité assurée :**
 - **Prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès ;**
 - **Prêts avec différé d'amortissement en capital : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts courus entre la dernière Echéance qui précède le décès et le jour du décès ;**
 - **Prêts à déblocages successifs : Si le décès de l'Assuré survient avant que la totalité du capital n'ait été débloquée par l'Organisme Prêteur, le règlement de l'Assureur inclura le montant des fonds non encore versés à la date du décès, affecté de la Quotité assurée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées et que le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt a été consenti demeure.**
- **Contrats de crédit-bail : l'Assureur prend en charge le montant des loyers restant dus au jour du décès augmenté de la valeur résiduelle du bien, affecté de la Quotité assurée. Le règlement est calculé sur la base du montant des loyers toutes taxes comprises (TTC).**

Si le décès survient le jour d'une Echéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Le règlement s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre.

Les éventuelles Echéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme prêteur ne sont pas couverts au titre de la garantie Décès.

Le versement du capital met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

Cas particulier lié à la mise en place d'un séquestre avec accord de l'Organisme prêteur :

Le bénéfice du capital garanti en cas de décès de l'Assuré revient à la ou aux personne(s) désignée(s) dans la clause stipulée au contrat de séquestre intervenu entre l'Organisme prêteur et l'emprunteur déposée chez un notaire. Le règlement du capital garanti s'effectuera auprès du notaire et libérera entièrement, valablement et définitivement l'Assureur. Si, au décès de l'Assuré, le notaire informe l'Assureur, avant le règlement de la prestation, de la caducité du séquestre, l'Assureur procédera au règlement dudit capital.

9.2 La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré sous réserve des exclusions prévues au chapitre Article 10 - **EXCLUSIONS**.

Lorsque l'Assuré est reconnu en état de PTIA, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de décès, ce qui met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré. Le montant de l'indemnité est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de PTIA par le Médecin expert.

L'état de PTIA doit faire suite à une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et avant le jour du 71^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée au plus tard avant le jour du 71^e anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur(e).

9.3 Les garanties Incapacité et Invalidité

L'assurance s'applique en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Spécifique (GIS) de l'Assuré sous réserve des exclusions prévues au chapitre « Exclusions » et prévoit le règlement de tout ou partie des mensualités du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sont indissociables et ne peuvent être souscrites séparément.

Pendant ou à la suite d'une période d'ITT ou d'IPP/IPT, ou durant la Franchise, aucune modification du plan d'amortissement du prêt ne peut être prise en compte sans l'accord exprès et écrit de l'Assureur.

En aucun cas la prise en charge ne pourra être supérieure aux mensualités de remboursement dues à l'Organisme prêteur.

9.3.1 La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

La garantie prévoit la prise en charge du versement des mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre à hauteur de 100% en fonction de la quotité (capital couvert), pendant la durée de l'ITT, à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionné sur le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent a le choix entre une Franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours s'il exerce de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au Contrat.

Si au moment de l'adhésion au Contrat l'adhérent n'exerce pas d'activité professionnelle et est indemnisé au titre de l'assurance chômage ou s'il réside **en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion, ou en Guyane** ou s'il est éligible aux conditions de l'article L.113-2-1 du Code des assurances (adhésion sans Formalités médicales), il a le choix entre une Franchise de 90 ou 180 jours.

Pour donner lieu à garantie, l'incapacité doit correspondre à la définition contractuelle de l'ITT, faire suite à une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des Actes de la Vie Quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'appréciation de l'ITT par l'Assureur n'est pas liée à la décision de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique (MTT), l'Assureur verse les prestations à hauteur de **50% en fonction de la quotité (capital couvert) du montant de l'Echéance du prêt ou loyer du crédit-bail, pendant une durée maximale de 180 jours.**

Toute rechute dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des Actes de la Vie Quotidienne sera considérée comme un seul et même Sinistre.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'organisme assureur et que votre garantie ITT soit toujours en vigueur à la date de la Rechute, le service des prestations sera repris dès le 1^{er} jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise. Toute nouvelle cessation d'activité postérieure à la date de résiliation de votre garantie ITT ne pourra être prise en charge.

Les prestations ITT cesseront d'être versées :

- **En cas de reprise totale du travail ;**
- **En cas de reprise partielle du travail (sauf mi-temps thérapeutique prescrit médicalement pour une durée maximale de 180 jours) ;**
- **En cas de reprise des Actes de la Vie Quotidienne ;**
- **En cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale de travailler ou d'accomplir les Actes de la Vie Quotidienne ;**
- **À la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;**
- **Pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ;**
- **À la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales) et au plus tard avant le jour du 70^{ème} anniversaire comme définit au Certificat d'adhésion, si le contrat est souscrit en application de l'article L113-2-1 du Code des assurances, au plus tard au 60^{ème} anniversaire de l'adhérent ;**
- **En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite ;**
- **Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Cessation de l'adhésion au Contrat ».**

L'état d'ITT cesse à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard à l'âge auquel l'Assuré a atteint sa retraite à taux plein.

A la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré et au plus tard, 1095 jours après le début de l'Incapacité Temporaire Totale, le versement des prestations au titre de la garantie ITT cessera. La poursuite de l'indemnisation sera étudiée au titre des garanties IPP ou IPT.

9.3.2 La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, lorsque, après Consolidation de son état de santé, il est reconnu par le Médecin expert de l'Assureur, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et au plus tard avant le jour de son 70^{ème} anniversaire comme définit au certificat d'adhésion, atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Le degré d'invalidité (n), évalué par voie d'expertise médicale, est déterminé selon le barème figurant à l'article 6.4 de la présente Notice. Il est révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'Assuré.

Les prestations sont versées sous forme de rente et sont égales à 50% des Echéances multipliées par la Quotité assurée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient supérieur à 66% ;
- À la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales) et au plus tard avant le jour du 70^{ème} anniversaire comme définit au Certificat d'adhésion, si le contrat est souscrit en application de l'article L113-2-1 du Code des assurances, au plus tard au 60^{ème} anniversaire de l'adhérent ;
- En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Fin de garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte.

9.3.3 La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, lorsque, après Consolidation de son état de santé, il est reconnu par le Médecin expert de l'Assureur, à la suite d'une Maladie ou un Accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties et au plus tard avant le jour de son 70^{ème} anniversaire comme définit au certificat d'adhésion, atteint d'un degré d'invalidité (n) supérieur ou égal à 66%.

À la date de consolidation de l'IPT, l'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'invalidité, les échéances de prêt au prorata de la quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par le Prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de consolidation de l'IPT.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'IPT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

L'assureur se réserve le droit de verser le capital restant dû, au prorata de la Quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au Certificat d'adhésion, en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT.

Le paiement du capital en cas d'IPT entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

La Franchise s'applique si l'Invalidité Permanente Totale n'est pas consécutive à une ITT déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66% ;
- À la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard avant le jour du 70^{ème} anniversaire comme définit au certificat d'adhésion, si le contrat est souscrit en application de l'article L113-2-1 du Code des assurances, au plus tard au 60^{ème} anniversaire de l'adhérent ; ; en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Fin de garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte.

9.3.4 Détermination du taux d'Invalidité Permanente

Le taux d'Invalidité Permanente est apprécié en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide barème Concours Médical en vigueur au jour du Sinistre.

Le tableau figurant ci-après, indiquant les divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est un extrait de celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%	10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%
20%	11%	20%	27%	32%	37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%	12%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	13%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%	14%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	16%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	17%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%	19%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	21%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	24%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

	Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale.
	Le taux contractuel d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial des Actes de la Vie Quotidienne constaté médicalement par le Médecin expert doit présenter une invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque régime obligatoire d'Assurance Maladie ou le cas échéant par celles du médecin qui a établi le certificat médical.

9.3.5 L'option renfort de couverture des affections dorsales et/ou des affections psychiatriques et psychosomatiques

En cas d'incapacité ou d'invalidité, cette garantie optionnelle permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant :

- **des pathologies ainsi que des traumatismes de la colonne vertébrale et des atteintes paravertébrales indiquées à l'article 10 (option affections dorsales) sans condition d'Hospitalisation ;**
- **des affections psychiatriques et psychosomatiques indiquées à l'article 10 (option affections psychiatriques) sans condition d'Hospitalisation.**

Cette garantie optionnelle est choisie à l'adhésion par l'Assuré soit pour les traumatismes de la colonne vertébrale, soit pour les affections psychiatriques et syndromes de fatigue, soit pour les deux et est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Article 10 EXCLUSIONS

Sont exclues de l'ensemble des garanties les suites et conséquences des événements suivants :

- **Des événements causés ou aggravés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome, ou tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, ou toute autre source de rayonnements ionisants. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque le sinistre provient du mauvais fonctionnement d'un instrument médical, ou d'une mauvaise manipulation de celui-ci, dans le cadre d'un traitement suivi par l'Assuré ;**
- **De la participation active de l'Assuré à des faits de rixe, d'émeute, d'insurrection, de délit, de crime, de mouvement populaire, de guerre civile ou étrangère, d'acte de terrorisme et/ou de sabotage. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel ;**
- **De suicide survenu au cours de la première année du contrat et/ou de la date d'effet des garanties, de leur augmentation ou de leur remise en vigueur. Toutefois cette exclusion ne s'applique pas pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal de l'Assuré, dans la limite d'un montant fixé par décret et conformément aux dispositions de l'article L 132-7 du Code des assurances ;**
- **D'une tentative de suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance ;**
- **D'un fait causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré ou du Bénéficiaire ;**
- **De l'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'Assuré et valable à la date de l'évènement ;**
- **D'Accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de la garantie, et non déclarés à l'Assureur (sous réserve de la réglementation relative au "droit à l'oubli" et que l'Assuré ait eu à accomplir des Formalités médicales) ;**
- **Des accidents d'un véhicule à moteur (terrestre, aérien ou nautique) où l'Assuré est conducteur, s'il a un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, ou bien s'il conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques ou médicaments, ou bien s'il n'est pas titulaire d'un permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation lorsque celle-ci l'impose ;**
- **Des accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote tiers possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée.**

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1125-17 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'ITT susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de Franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties ITT, IPP et IPT, les sinistres résultant et/ou provenant :

- **des affections psychiatriques et psychosomatiques suivantes : dépression, dépression nerveuse, dépression réactionnelle, anxiété, trouble bipolaire, trouble obsessionnel compulsif (TOC), syndrome de fatigue chronique, asthénie, burn-out, bore-out, boulimie, anorexie, hyperphagie, schizophrénie, phobie, insomnie, narcolepsie, hypersomnie, syndrome de stress post traumatique, stress réactionnel, fibromyalgie ainsi que leurs suites et**

conséquences, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de neuf (9) jours.

- Les Assurés placés sous tutelle ou curatelle sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation. Si le placement sous tutelle ou curatelle intervient après le délai de Franchise, l'indemnisation commencera à compter de la date du placement.
- des pathologies ainsi que des traumatismes de la colonne vertébrale et des atteintes paravertébrales suivantes : hernie discale, protrusion discale, pincement discal, entorse cervicale, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sciatique, sciatalgie, lumbago, cruralgie, radiculalgie, discopathie, scoliose, cyphose, hyperlordose, névralgie cervico-brachiale, tassement vertébral, fracture vertébrale, luxation vertébrale, canal lombaire étroit, canal cervical étroit, spondylolisthésis, spondylarthrite ainsi que leurs suites et conséquences, sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une Hospitalisation continue de plus de neuf (9) jours ; Toutefois, l'Assuré est garanti en cas de fractures ou d'affections tumorales de la colonne vertébrale. Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise.
Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'Hospitalisation.

Les Assurés ayant souscrit l'option renfort couverture des affections dorsales et/ou l'option couverture des affections psychiatriques sont garantis selon la formule choisie indiquée au Certificat d'adhésion pour ces affections telles que définies ci-dessus sans condition d'Hospitalisation.

Sont exclues de l'ensemble des garanties les suites et conséquences :

- De la participation de l'Assuré à un record, une tentative de records, une exhibition, un pari ou un essai, de toutes natures ;
- De la pratique du saut à l'élastique, du sky flying, du sky surfing, du zorbing, du base jump.

Sont exclus tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française agréée par le Ministère des Sports.

Sont également exclus les sports suivants s'ils n'ont pas fait l'objet d'une déclaration par l'Assuré à l'adhésion ou en cours d'adhésion et acceptés par l'Assureur :

- Sports aériens (à voile, à aile ou à moteur) ;
- Sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur ;
- Sports de neige ou de glace (excepté la pratique amateur sur pistes balisées et ouvertes au public de ski alpin ; de monoski et de surf ou de fond ainsi que du patinage) ;
- Alpinisme, randonnées de montagne au-delà de 2500 mètres, trekking, escalade (excepté lorsqu'elle est pratiquée sur mur artificiel) ;
- Sports de navigation au-delà de 20 milles des côtes et activité subaquatique au-delà des 40 mètres de profondeur ;
- Rafting, canyoning ;
- Spéléologie ;
- Rallyes-raids, course de survie, activités sportives en zone désertique, épreuves combinées ;
- VTT de descente, freeride, bicross ;
- Toutes activités de voltiges ou acrobaties.

Lorsque ces sports sont pratiqués ponctuellement dans la cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquise sans tarification spécifique ou majoration. Il incombe toutefois à l'Assuré de rapporter la preuve du caractère exceptionnelle 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 nécessaires.

Sont exclues les professions suivantes (ou font l'objet d'une étude au cas par cas) :

- Professions du secteur maritime y compris sous-marin (sortie en mer, chantiers navals, dockers...) ;
- Professions du secteur forestier ;
- Professions avec manipulation et/ou transport de produits dangereux (explosifs, radioactifs, toxiques...) ;
- Professions exercées à une hauteur supérieure à 20 mètres (grutiers, travail sur échafaudage...) ;
- Sportifs professionnels ou amateurs rémunérés y compris moniteurs de ski ou guide de montagne ;
- Professions du secteur pétrolier avec activités on ou off-shore ;
- Professions de la sécurité, militaire, pompiers ;
- Professions des arts forains, artistes de cinéma ou de télévision, intermittents du spectacle, journaliste et reporters ;
- Professions de la voyance ;
- Professions souterraines ;
- Pilotes aériens et moniteurs ;
- Professions avec déplacements de plus de 1 mois continus hors Europe, Etats Unis, Canada, Japon ;
- Intérimaires et saisonniers.

Article 11 VIE DU CONTRAT

11.1 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au Contrat prend effet à la date de signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds. Cette date est indiquée au Certificat d'adhésion remis à l'Assuré sous réserve du paiement de la première prime.

11.2 Durée de l'adhésion au Contrat

L'adhésion est conclue pour une période initiale de 12 mois.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, à chaque date d'anniversaire, pendant toute la durée de remboursement de l'opération de crédit, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion au Contrat ».

11.3 Modification des conditions d'assurance

L'Adhérent est tenu d'informer MULTI IMPACT de toute modification du tableau d'amortissement, échéancier des loyers ou des caractéristiques de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement qui ne relève pas du fonctionnement initialement prévu de l'opération de crédit, dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de prise d'effet de cette modification.

Pour les opérations de crédit à taux d'intérêt variable, l'Adhérent doit, dans le même délai, informer MULTI IMPACT de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt.

En cas de remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit, la nouvelle assiette de cotisation est alors le Capital Restant Dû à la date de remboursement anticipé partiel.

Si l'Assuré ne remplissait pas les conditions d'admissibilité pour souscrire à toutes les garanties qu'il souhaitait au moment de la signature de la Demande d'adhésion, il peut demander à MULTI IMPACT à être couvert en cours d'adhésion pour les garanties non souscrites antérieurement dès lors qu'il réunit ces conditions en cours de Contrat.

L'Assureur s'engage alors à étudier sa demande qui sera subordonnée à l'accomplissement de nouvelles formalités d'adhésion dans les conditions prévues à l'article « Formalités d'adhésion ».

Les frais et éventuels examens médicaux engendrés par ce nouveau processus d'adhésion sont, dans ce cas précis, entièrement à la charge de l'Assuré.

Toute adhésion à une nouvelle garantie prendra effet au jour de son acceptation par l'Assureur.

Cependant, en cas d'adhésion à une nouvelle garantie ou d'augmentation des Echéances ou de la durée de l'opération de crédit intervenue dans les 6 mois précédant la date du Sinistre ou postérieurement à la date du Sinistre, l'indemnisation ne pourra pas en tenir compte, ces modifications résultant du seul fait de l'Adhérent.

L'Adhérent peut demander une modification de la Quotité assurée :

- **En cas de diminution de la Quotité assurée, l'Adhérent devra envoyer à MULTI IMPACT un accord écrit de l'Organisme prêteur ;**
- **En cas d'augmentation de la Quotité assurée, l'Assureur se réserve le droit d'appliquer ou de renouveler les Formalités médicales dans les conditions prévues à l'article « Formalités d'adhésion ».**

En outre, l'Assureur pourra refuser la modification ou revoir les conditions d'acceptation et/ou le tarif.

L'Assureur et l'Adhérent, sous réserve de l'accord de l'Organisme prêteur, ont la possibilité de résilier l'adhésion à l'expiration d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification du refus ou de la nouvelle proposition de l'Assureur.

Dans ce cas, la résiliation doit être signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée de l'accord de l'Organisme prêteur. Elle prendra effet à la date de paiement de la cotisation qui suit sa notification. À défaut de résiliation ou si l'Adhérent n'a pas accepté la nouvelle proposition ou l'a expressément refusée dans le même délai de Trente (30) jours, l'adhésion est maintenue aux conditions antérieures sans modification des garanties et des conditions d'acceptation.

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

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées par l'Assureur qui sont maintenues aux mêmes conditions.

L'Adhérent doit informer MULTI IMPACT de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. À défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse déclarée à MULTI IMPACT par l'Adhérent sont réputés produire tous leurs effets.

11.4 Cessation de l'adhésion au Contrat

L'adhésion cesse automatiquement et de plein droit :

- **À la dernière Echéance prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée, sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée ;**
- **À la date à laquelle le paiement du solde du prêt ou la restitution du bien loué devient exigible au profit de l'Organisme prêteur ;**
- **En cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme prêteur ;**
- **En cas de résiliation du contrat de crédit-bail ;**
- **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 l'opération de crédit, que ce remboursement intervienne à l'Echéance finale prévue ou par anticipation,**
 - **À la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,**

- **Au terme prévu de la garantie Décès comme défini au chapitre « Fin des garanties » ;**
- **En cas de non-paiement de tout ou partie des cotisations ;**
- **Si l'Adhérent est une personne morale, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la personne morale adhérente ;**
- **Si l'Assuré est Caution, à la date de cessation du contrat de cautionnement ;**
- **À la date de résiliation de l'adhésion, dans les conditions définies à l'article 16.2 « Faculté de résiliation ».**

Article 12 DURÉE DES GARANTIES

12.1 Début des garanties

Sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- En cas de Vente à distance : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires prévu au sous-chapitre « Faculté de renonciation » ; délai qui court à compter de la Date d'effet de l'adhésion. Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation, à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'adhésion pour la mise en œuvre des garanties.
- Dans les autres cas : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'adhésion. Dans tous les cas, les garanties ne peuvent pas prendre effet avant la Date d'effet de l'adhésion au Contrat. En cas de refus d'une opération de crédit par l'Organisme prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à cette opération de crédit et éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. L'adhésion au Contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet.

12.2 Maintien des conditions d'acceptation et de tarifs

À compter de la prise d'effet de l'adhésion, l'Assureur s'engage à maintenir les conditions d'acceptation et de tarifs notifiées sur le Certificat d'adhésion pour les garanties souscrites, tant que les garanties seront en vigueur **et sous réserve** :

Des dispositions prévues aux paragraphes « Modification des conditions d'assurance », « Demande de rachat d'exclusions » et « Détermination du montant des cotisations » ;

- **Du paiement régulier des cotisations conformément à l'échéancier prévu ;**
- **Que la signature de l'offre de l'opération de crédit intervienne dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la date mentionnée au Certificat d'adhésion et que, dans le cadre d'un prêt, le premier déblocage des fonds intervienne dans un délai de 24 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt.**

12.3 Fin des garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin en même temps que l'adhésion telle que prévu au paragraphe « Cessation de l'adhésion au Contrat ».

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- **Le jour de son 91^{ème} anniversaire, pour la garantie Décès ;**
- **Le jour du départ ou mise en préretraite ou retraite, (sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude) et, au plus tard avant le jour de son 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée pour la garantie PTIA ;**
- **Pour les garanties ITT, IPP et IPT, le jour du départ ou mise en préretraite ou retraite, (sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude), et, au plus tard en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, au plus tard le jour du 70^{ème} anniversaire comme définit au certificat d'adhésion, si le contrat est souscrit en application de l'article L113-2-1 du Code des assurances au jour de son 60^{ème} anniversaire.**

Article 13 LES COTISATIONS

13.1 Le tarif

Les cotisations - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital Initial à la Date d'effet de l'adhésion et sont fixées en fonction des informations recueillies à l'adhésion et notamment de l'âge de l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières. Le montant des cotisations reste fixe pendant toute la durée de l'adhésion.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Assuré. Le tarif est garanti sauf changement du taux des taxes, instauration de nouvelles impositions applicables au Contrat qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.

13.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans un pays de la zone euros, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion. Par ailleurs tout mois commencé est dû.

13.3 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance, l'Assureur adresse, au dernier domicile connu de l'Adhérent, une lettre recommandée informant que son adhésion au Contrat sera résiliée dans un délai de quarante (40) jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai.

(article L. 141-3 du Code des assurances). L'Adhérent restera alors débiteur des cotisations dues et des frais liés à la gestion de ces impayés. L'Organisme prêteur en sera alors informé et pourra, s'il le souhaite, demander à MULTI IMPACT de maintenir l'adhésion au Contrat en vigueur en se substituant à l'Adhérent pour le paiement des cotisations.

Article 14 GESTION DES SINISTRES

14.1 Déclaration et pièces à fournir à l'Assureur

En cas de Sinistre, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit - et dans les délais prescrits (article L. 114-1 - Prescription - du Code des assurances notamment), via son espace Assuré ou à l'adresse suivante :

MULTI IMPACT
41-43, avenue Hoche – 51100 Reims

MULTI IMPACT indiquera alors les documents et pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier.

Dans tous les cas, MULTI IMPACT peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

14.2 Délai de déclaration à l'Assureur

En cas d'ITT, d'IPP ou d'IPT, l'Assuré dispose d'un délai de trente (30) jours au-delà de la Franchise choisie pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de trente (30) jours.

Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, la déchéance des prestations pour déclaration tardive pourra être opposée à l'Assuré sous réserve pour l'Assureur d'établir le préjudice que ce retard lui a causé. Les prestations ne seront versées qu'à compter de la date de réception des pièces, l'Assureur étant en droit de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que le retard lui a causé.

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

14.3 Préalable requis et pièces nécessaires au règlement des prestations

Pour les personnes physiques dont la Résidence habituelle est en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, à la Réunion ou la Guyane, les états de PTIA, d'ITT, d'IPP, d'IPT et de GIS doivent être médicalement constatés sur le lieu de Résidence habituelle.

Si le Sinistre survient hors de l'un des territoires cités précédemment, le premier jour d'indemnisation correspond au plus tôt à la date à laquelle le Sinistre est reconnu par l'Assureur.

Dans tous les cas, les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

En ce qui concerne la reconnaissance d'un état de PTIA, d'ITT, d'IPP, d'IPT, ou de GIS, et préalablement à toute convocation chez le Médecin expert, les pièces suivantes doivent être fournies :

Pour les Assurés ayant fait l'objet d'une reconnaissance d'invalidité par un régime de protection sociale, il devra être transmis à l'Assureur :

- **En cas de mise en jeu de la garantie PTIA :**

L'attestation de reconnaissance de l'invalidité permanente précisant la date de cette reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e), avec en outre, le besoin de l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des Actes de la Vie Quotidienne.

- **Pour l'IPP, l'IPT et la GIS :**

L'attestation de reconnaissance de l'invalidité permanente précisant la date de cette reconnaissance et la catégorie/taux d'invalidité attribué(e).

- **Pour l'ITT :**

Les prescriptions d'arrêt de travail rédigées par le médecin traitant.

Dans tous les cas, l'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou le cas échéant par celles du médecin qui a établi le certificat médical.

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour contrôler la réalité de l'état de PTIA, IPP, IPT, ou GIS.

Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.

En cas de décès de l'Assuré, il devra être transmis à l'Assureur :

- **La copie intégrale de l'acte de décès,**
- **Un certificat médical constatant la nature du décès.**
- **En cas d'Accident tout document justifiant de la cause accidentelle du décès et notamment le procès-verbal de gendarmerie s'il en a été établi un,**

- **Une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du Capital Restant Dû au jour du décès,**
- **Le tableau d'amortissement au jour du décès**
- **Si le Bénéficiaire n'est pas l'Organisme prêteur, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, ...),**
- **Toutes autres pièces demandées par MULTI IMPACT en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir également accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.**

Article 15 EXPERTISE AMIABLE ET EXPERTISE JUDICIAIRE

15.1 Expertise médicale arbitrale amiable

En cas de désaccord de l'Assuré ou des ayants droit sur les conclusions du Médecin expert, ce ou ces derniers désigne(nt) un médecin pour donner son avis. Une expertise commune est alors organisée. Si les médecins désignés ne sont pas d'accord, ils s'en adjoignent un troisième. Les trois médecins opèrent en commun à la majorité des voix.

A défaut d'entente entre les médecins pour en désigner un troisième, celui-ci sera choisi, à la requête la plus diligente, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile déclaré de l'Assuré ou son domicile élu ; l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

15.2 Expertise judiciaire

Le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre l'Assuré et le Médecin expert. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du Médecin expert.

Article 16 BASES LEGALES

Le Contrat est régi par les articles L.141- 1 et suivants du Code des assurances. Les risques sont garantis par PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR, entreprise d'assurance mixte (ci- après dénommée l'« **Assureur** ») dont le siège social est situé 19, rue d'Aumale - CS 40019 - 75306 Paris Cedex 09, société anonyme au capital de 81 000 000 d'euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n°343 286 183 qui couvre le risque de décès (branche 20 vie-décès) et les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Totale (branches 1 et 2 – accident et maladie), soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Le service fourni est de nature exclusivement électronique.

16.1 Faculté de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'adhésion et doit avoir averti l'Organisme prêteur par lettre recommandée avec accusé réception.

Il doit signifier la renonciation à MULTI IMPACT à l'adresse suivante :

MULTI IMPACT
41-43, avenue Hoche – 51100 Reims

Cette lettre pourrait être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) Nom :.....Prénom :.....Adresse complète : déclare par la présente renoncer à mon adhésion au Contrat **Bénéfice Emprunteur CI** n°MTXPR_CI_BEN_1024 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.
Le..... Signature »

Dans tous les cas, l'Adhérent doit signifier la renonciation à MULTI IMPACT] par lettre recommandée avec accusé réception ou lettre recommandée électronique à : oav.reseaux@multi-impact.com

La part des cotisations versées, hors cotisation d'Association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de trente (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.

16.2 Faculté de résiliation

A l'initiative de l'Assuré :

Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier l'adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

Pour les autres prêts, l'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année, en adressant à MULTI IMPACT une notification deux mois au moins avant la date d'échéance de l'adhésion (date d'anniversaire de l'adhésion).

La notification de la résiliation peut être effectué au choix de l'Adhérent :

- **soit par lettre ou tout autre support durable ;**
- **soit par déclaration faite auprès de MULTI IMPACT;**
- **soit par acte extrajudiciaire ;**

- **soit via son espace Assuré.**

L'Adhérent doit également notifier à MULTI IMPACT par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision de l'Organisme prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter ou de refuser l'assurance de substitution en précisant, le cas échéant, la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution.

En cas d'acceptation par l'Organisme prêteur, la résiliation de l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- **Soit 10 jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'Organisme prêteur ;**
- **Soit à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur.**

En cas de refus par l'Organisme prêteur, l'adhésion n'est pas résiliée.

A l'initiative de l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations.

16.3 Traitement et protection des données personnelles

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement Général pour la Protection des Données 2016/679, la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre Contrat par l'Assureur et le Gestionnaire ou leurs mandataires. Ce traitement est réalisé sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter ses obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou quand cela est justifié par ses intérêts légitimes. Ces données ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. À défaut, le Contrat ne peut être conclu ou exécuté.

Vous consentez au traitement de ces données par la signature des documents précontractuels.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du Contrat.

L'Assureur et le Gestionnaire exercent conjointement la responsabilité du traitement de ces données à caractère personnel et les utilisent pour les finalités suivantes : la gestion des Contrats, le suivi de la relation clientèle, les études actuarielles, l'évaluation du risque, la sélection médicale, la lutte contre la fraude, la gestion des contentieux, la conservation des documents, le respect des obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les destinataires de ces données sont leurs mandataires, leurs sous-traitants, les tiers archiveurs, les agrégateurs, le distributeur du Contrat, l'Association pour l'Union et le Recours en Assurances (ASSOCIAREA), les réassureurs ou co-assureurs, toute autorité administrative ou judiciaire afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

L'Assureur et le Gestionnaire conserveront ces données, soit pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées, soit pendant la durée du Contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, soit pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles l'Assureur et le Gestionnaire sont tenus.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en justifiant de son identité via l'Espace Assuré ou à l'adresse suivante :

MULTI IMPACT

41-43, avenue Hoche – 51100 Reims

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, elle peut introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». MULTI IMPACT a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@multi-impact.com.

Conformément à l'article L 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec l'Assureur et le distributeur, peut s'inscrire, gratuitement, sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

16.4 Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation, l'Adhérent, l'Assuré ou toute personne y ayant un intérêt peut s'adresser au Service réclamation de MULTI IMPACT, soit :

Multi-Impact Service prestation

41-43 avenue Hoche CS 110002 51687 REIMS cedex

Tél. : 03.26.47.39.46 (coût d'un appel local)

ou via l'Espace assuré <https://espaceclient.multi-impact.com>

Par courriel à l'adresse suivante : reclamations@multi-impact.com

Ce service accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (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 maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

L'Adhérent, l'Assuré ou toute personne y ayant un intérêt a la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance dans un délai de 2

mois après l'envoi d'une première réclamation, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu. Le médiateur de l'Assurance peut être saisi :

- Par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet de la Médiation de l'assurance : <https://www.mediation-assurance.org>
- Par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), par le Gestionnaire ou par l'Assureur.

Si l'adhérent a adhéré au contrat à distance par Internet, il peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

16.5 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat sont fixées par les articles L114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

Article L114-2 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 L114-3 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 de 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 1^{er}, 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. »

Information complémentaire : les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

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. »

16.6 Formalités médicales

Article L. 113-2-1 du Code des assurances :

« Par exception au 2° de l'article L. 113-2, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, aucune information relative à l'état de santé ni aucun examen médical de l'assuré ne peut être sollicité par l'assureur, sous réserve du

respect de l'ensemble des conditions suivantes:

1 ° La part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit n'excède pas 200 000 euros par assuré ;

2 ° L'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

Un décret en Conseil d'Etat peut définir des conditions plus favorables pour l'assuré en termes de plafond de la quotité assurée et d'âge de l'assuré. »

16.7 Incontestabilité – sanction des omissions ou fausses déclarations

Les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré concernant son âge, son état civil, son état de santé, ses antécédents médicaux, la nature de son projet, ses activités professionnelles et ses conditions d'exercice ainsi que la Quotité assurée sur les prêts immobiliers déjà souscrits ou en cours de souscription servent de base à l'adhésion au Contrat qui devient incontestable dès son entrée en vigueur.

La nullité du Contrat pourra être soulevée conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. L'Assureur conservera alors les cotisations versées à titre de dédommagement. De plus, l'Assureur est fondé, à titre de dédommagement, à réclamer à l'Adhérent le paiement de toutes les cotisations dues jusqu'au terme du Contrat. L'Adhérent devra également rembourser à l'Assureur les indemnités versées à l'occasion des Sinistres réglés au cours de l'adhésion.

Si après un Sinistre, l'Assureur constate une omission ou une déclaration inexacte de nature à atténuer son appréciation du risque, les indemnités pourront être réduites, conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si elle est constatée avant la survenance d'un Sinistre, une telle omission ou déclaration inexacte donnera lieu soit au maintien de l'adhésion au Contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit à la résiliation de l'adhésion au Contrat.

Rappel des dispositions des articles L 113-8, L 113-9 et 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 avec accusé de réception, 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 ».

16.8 Législation

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

16.9 Subrogation

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur peut exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

L'Assuré s'engage dès à présent à subroger l'Assureur intégralement dans ses droits et actions qu'il détiendrait à l'encontre d'un tiers responsable en cas de Sinistre. À cet effet, l'Assuré s'engage à signer et à retourner à l'Assureur la quittance subrogative adressée en contrepartie du règlement des prestations dues au titre du Contrat.

16.10 Modification de durée d'un prêt

L'Assureur doit couvrir sans demande de Formalités médicales les emprunts immobiliers dans la limite de 5 ans et des limites prévues au contrat d'assurance en cas d'allongement de la durée de son prêt dans les conditions prévues par le contrat de prêt initial, avec des garanties et des grilles tarifaires inchangées.