

Notice d'information



> Assurance
Emprunteur

Bienvenue

Le présent contrat est conclu entre l'assuré dans les différents textes qui suivent – et l'*Assureur*.

Il est composé de :

- **la présente Notice d'Information** qui regroupe :
 - les définitions des termes les plus couramment utilisés,
 - l'énoncé des garanties, leurs limites et les exclusions applicables,
 - les droits et obligations réciproques des parties et l'ensemble des règles qui régissent la vie du contrat.
- **le certificat d'adhésion** qui personnalise votre contrat en indiquant notamment la date d'effet, la durée, les garanties choisies, les caractéristiques du *prêt*, l'identification de l'*organisme prêteur*, les conditions spécifiques d'acceptation, le montant de la cotisation.

Il est régi par le **CODE DES ASSURANCES**.

Il est régi par la **loi française**.

L'autorité chargée du contrôle de la société d'assurance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (**ACPR**) – Secteur Assurance, située au 4, place de Budapest, CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Les avantages du contrat

Une offre complète et simple :

- ▶ Souscription digitalisée,
- ▶ 3 formules, pour couvrir le décès, ainsi que tous types d'incapacité et d'invalidité :
 - la *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)*,
 - l'*Incapacité Temporaire Totale (ITT)* y compris *mi-temps thérapeutique*,
 - l'*Invalidité Permanente Totale (IPT)* (taux d'Invalidité $\geq 66\%$),
 - l'*Invalidité Permanente Partielle (IPP)* (taux d'Invalidité $\geq 33\%$ et $< 66\%$).
- ▶ Une option pour garantir les *affections* disco-vertébrales et psychiques,
- ▶ Une garantie des *prêts* jusqu'à 1,5 million d'euros après application de la quotité,
- ▶ Des garanties irrévocables et un tarif garanti (sauf modifications souhaitées par l'*assuré*),
- ▶ Une couverture 100% équivalente aux critères demandés par l'*organisme prêteur*.

Une offre modulable :

- ▶ Possibilité de souscrire pour les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle,
- ▶ Possibilité de souscrire à titre personnel ou professionnel,
- ▶ Possibilité de choisir entre différents modes de calcul de votre cotisation.

Informations et documents à fournir

À LA SOUSCRIPTION

► La demande d'adhésion :

L'*assuré* (voire l'*adhérent* s'il s'agit d'une personne morale) remplit sa Demande d'adhésion dans son intégralité, et coche les garanties choisies. Il ne doit pas oublier de joindre un RIB ainsi que son plan de financement, si ce dernier est déjà en sa possession.

► Les formalités médicales :

Selon l'état de santé de l'*assuré*, différents éléments médicaux seront indispensables à son dossier (questionnaire médical simplifié, questionnaire d'état de santé). Des examens complémentaires pourront être demandés : ils seront à effectuer auprès du ou des professionnel(s) de santé de son choix, ou auprès d'un centre agréé.

► Les risques aggravés :

Si l'état de santé de l'*assuré* ne lui permet pas d'emprunter dans des conditions standards, il pourra bénéficier de solutions spécifiques liées à la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un risque aggravé de santé). Pour toute information, consulter le § 15.1, ou le site internet : www.aeras-infos.fr.

EN COURS DE CONTRAT

► Si remboursement partiel ou modification :

L'*assuré* transmet à l'*assureur* son nouveau tableau d'amortissement. L'*assureur* établira ainsi un avenant au contrat d'assurance afin de prendre en compte ces nouveaux éléments. Une demande d'information médicale pourra être demandée à l'*assuré* en cas de modification du *prêt* ou d'ajout de garanties.

► Si remboursement anticipé :

L'*assuré* transmet à l'*assureur* l'attestation de remboursement anticipé total de son *prêt*, établie par l'*organisme prêteur*.

► Si renégociation du prêt :

En cas de renégociation de son *prêt* auprès du même organisme bancaire (actualisation des conditions du *prêt*), l'*assuré* doit contacter l'*assureur* pour réaliser un avenant au contrat.

► Si modification des coordonnées :

Pour toute autre modification (changement de coordonnées bancaires, adresse...), l'*assuré* doit en faire part à l'*assureur*.

► En cas de sinistre :

Fournir des pièces justificatives au Service Clients de Multi-Impact – 41/43 Avenue Hoche - 51100 REIMS.

► Si l'assuré souhaite résilier son contrat :

Un accord de l'*organisme prêteur* est indispensable à recueillir préalablement. Il appartiendra donc à l'*assuré* de joindre, à sa demande, une mainlevée de l'*organisme prêteur*, libérant l'*assureur* de ses obligations.

**Activez votre espace client pour
faciliter vos démarches !**

<https://espaceclient.multi-impact.com>

SOMMAIRE

1. Lexique	8
2. Zoom sur les formules et leurs modalités	9
3. Préambule	10
4. Objet du contrat	11
4.1 LES CRÉDITS, LES OBJETS DE FINANCEMENT ÉLIGIBLES ET REFUSÉS	11
4.2 LES FORMULES	11
4.3 L'OPTION INTÉGRALE	11
5. Modalités d'admission	12
5.1 LES RÈGLES GÉNÉRALES	12
5.2 LA PRISE D'EFFET ET DURÉE	13
5.2.1 La prise d'effet	13
5.2.2 La durée	13
5.2.3 Le droit de renonciation	13
6. Versement des prestations	14
6.1 LES BÉNÉFICIAIRES	14
6.2 EN CAS DE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	14
6.3 EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)	15
6.4 EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	16
6.4.1 La détermination du taux global d'invalidité	16
6.4.2 Le montant des prestations	17
6.5 LES MODALITÉS PRATIQUES DE RÈGLEMENT	17
6.5.1 Les délais de déclaration	17
6.5.2 Les formalités à respecter	18
7. Couverture des affections disco-vertébrales, psychiques et psychiatriques	19
7.1 CE QUI EST GARANTI ET EXCLU EN BASE	19
7.2 CE QUI EST GARANTI DANS L'OPTION INTÉGRALE	19
8. Couverture des activités sportives	20
8.1 LES ACTIVITÉS GARANTIES	20
8.2 LES ACTIVITÉS EXCLUES	20
9. Exclusions	21
9.1 LES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES	21
9.2 LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)	21

10. Territorialité	22
11. Paiement des cotisations	22
11.1 LES RÈGLES GÉNÉRALES	22
11.2 LES MODALITÉS DE CALCUL DE VOS COTISATIONS	22
12. Cas de résiliation / cas de cessation des garanties et du versement des prestations	23
12.1 CAS DE RÉSILIATION / NOTIFICATIONS	23
12.1.1 À l'initiative de l'adhérent	23
12.1.2 À l'initiative de l'assureur	23
12.2 CAS DE CESSATION DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
12.2.1 De plein droit	24
12.2.2 Cessation des garanties et des versements en cas de Décès, PTIA, IPT, IPP, ITT	24
12.2.3 Autres cas	24
13. Principe d'irrévocabilité	25
14. Modifications en cours de contrat	26
14.1 LE CHANGEMENT DE FORMULE / CHANGEMENT D'OPTION / RACHAT D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE	26
14.2 LES MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS	26
14.3 LA MODIFICATION DE LA QUOTITÉ	26
15. Convention AERAS	27
15.1 LA CONVENTION AERAS – LE DROIT À L'OUBLI – LA GRILLE DE RÉFÉRENCE – L'EXAMEN DES ADHÉSIONS	27
15.2 LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (GIS)	27
16. Informations juridiques	28
16.1 LA PRESCRIPTION	28
16.2 LES RÉCLAMATIONS	28
16.3 LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	29
16.4 LES PREUVES	30
16.5 LA PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE	30
16.6 L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE	30
16.7 LE FONDS DE GARANTIE	30

1. Lexique

Tous les termes définis sont signalés en *caractère italique et de couleur bleu* dans le texte du présent document.

Accident

Une atteinte ou lésion corporelle est d'origine accidentelle, si elle est non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Personne morale ou physique qui adhère à l'**Association des Assurés pour la Protection et la Prévoyance**, et désignée au certificat d'adhésion. L'*adhérent* souscrit le contrat et paye les cotisations. Il est membre de l'association. S'il est une personne physique, il est aussi *assuré*.

Affection / maladie

Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un *accident* ni le fait volontaire de l'*assuré* ou d'un tiers.

Age de l'assuré

Concernant les modalités d'admission, le calcul des cotisations, l'âge de chaque *assuré* est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance (différence de millésimes). Concernant la cessation des garanties, l'âge de chaque *assuré* est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire).

Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'*assureur* et désignée comme telle au certificat d'adhésion. Des précisions complémentaires sont portées au § 5.1.

Assureur

Thélem prévoyance.

Bénéficiaire

La règle générale est que le bénéfice de l'assurance est attribué à l'*organisme prêteur* qui est *bénéficiaire* acceptant. Si le risque se réalise, toutes les prestations sont réglées au *bénéficiaire*. Des règles supplémentaires peuvent s'appliquer (vous reporter au § 6.1).

Consolidation

Date à laquelle l'état de santé de l'*assuré* est reconnu par une autorité médicale compétente française comme stabilisé, non susceptible d'amélioration par un traitement approprié d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.

Franchise

Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie *Incapacité Temporaire Totale* de travail. La durée de la *franchise* est de 90 jours.

Sinistre

Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti. Pour les garanties *PTIA*, *IPT* et *IPP*, la date de réalisation du risque correspond à la date de *consolidation* de l'état de *PTIA*, d'*IPT* ou d'*IPP*.

Organisme prêteur

Établissement bancaire ou financier qui a consenti un *prêt*.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)* se traduit par :

- ▶ L'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation physique ou intellectuelle et à toute activité rémunérée procurant gain et profits.
- ▶ Avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les 4 actes ordinaires de la vie quotidienne :
 - s'alimenter,
 - faire sa toilette,
 - s'habiller et se déshabiller,
 - effectuer des transferts (se lever, se coucher, s'asseoir).

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Cet état est médicalement constaté :

- ▶ Si l'*assuré* exerce une activité professionnelle au jour du *sinistre* → l'*assuré* est totalement incapable d'exercer sa profession, même de surveillance ou de direction.
- ▶ Si l'*assuré* n'exerce pas une activité professionnelle au jour du *sinistre* → l'*assuré* est temporairement contraint d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

Cas particulier du mi-temps thérapeutique

Si à la suite d'une *ITT*, que l'*assureur* aurait indemnisée, l'*assuré* reprend son travail en *mi-temps thérapeutique*, l'*assureur* intervient selon les modalités de règlement fixées au § 6.3.

Incapacité Permanente Totale ou partielle (réduction définitive de votre potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel)

Cet état, est médicalement constaté :

- ▶ Si l'*assuré* exerce une activité professionnelle au jour du *sinistre* → par une diminution de la capacité de travail,
- ▶ Si l'*assuré* n'exerce aucune activité professionnelle au jour du *sinistre* → par une incapacité à se livrer à ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles).

Si après *consolidation* de son état, l'*assuré* présente, un taux global d'invalidité (modalités de calcul fixées au § 6.4)

- ▶ Supérieur ou égal à : **66 %**, l'*assuré* est en *Incapacité Permanente Totale (IPT)*,
- ▶ Supérieur ou égal à : **33 %** et inférieur à **66 %**, l'*assuré* est en *Incapacité Permanente Partielle (IPP)*.

Prêt

Financement accordé par un *organisme prêteur* à l'*assuré* ou au souscripteur s'il est différent de l'*assuré*.

Quotité assurée

Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé aux Conditions Particulières, et le montant du *prêt* consenti par l'*organisme prêteur*, au vu des éléments communiqués à la souscription. Elle ne peut excéder par *assuré* 100% du montant des engagements nés du *prêt* garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées.

2. Zoom sur les formules et leurs modalités

LA FORMULE ET L'OPTION INTÉGRALE (SI VOUS AVEZ SOUSCRIT CETTE OPTION), QUE VOUS AVEZ CHOISIES, SONT MENTIONNÉES SUR VOTRE CERTIFICAT D'ADHÉSION.

LES FORMULES			
	N°1	N°2	N°3
GARANTIES DE BASE			
Décès			
<i>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</i>			
<i>Incapacité Temporaire Totale (ITT) y compris mi-temps thérapeutique</i>			
<i>Incapacité Permanente Totale (IPT)</i>			
<i>Incapacité Permanente Partielle (IPP)</i>			
% d'invalidité globale (cf. § 6.4) au-dessus duquel l' <i>assureur</i> intervient		≥ 66%	≥ 33%
OPTION INTÉGRALE			
<i>Affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales</i> + <i>Affections psychiques et psychiatriques</i>		OPTION	OPTION

Légende des garanties :

: la garantie est accordée

: la garantie n'est pas accordée

: la garantie est optionnelle

LES MODALITÉS

À la souscription, outre la formule, vous choisissez aussi les modalités de calcul de votre cotisation.

Trois modalités sont possibles :

- CRD (Capital restant dû),
- CI (Capital initial),
- CI optimisé.

Retrouvez tous les détails au § 11.2

La formule ainsi que ces modalités sont définies lors de votre adhésion.

3. Préambule

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'**Association des Assurés pour la Protection et la Prévoyance**, dont le siège social est situé Le Croc 45430 Chécy,

et

- d'autre part, l'*organisme assureur*, Thélem prévoyance - SA à conseil d'administration au capital de 18 000 870 € - Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Le Croc – BP 63130 – 45431 CHECY Cedex - www.thelem-assurances.fr

un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative **N° 2A2P001** souscrit par l'**Association des Assurés pour la Protection et la Prévoyance**, association loi 1901 dont le siège social est Le Croc, 45430 Chécy Cédex auprès de Thélem prévoyance.

Ce contrat est ouvert aux membres de « **l'Association des Assurés pour la Protection et la Prévoyance** » et a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un *prêt* consenti par un *organisme financier*, les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion.

La gestion de ce contrat est déléguée à **Multi-Impact 41/43 Avenue Hoche – CS 110 002 - 51867 Reims Cedex.**

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée est précisée sur votre certificat d'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances ainsi que par les dispositions de la présente notice d'information valant Dispositions Générales.

Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

La résiliation du contrat d'assurance de groupe souscrit par « **l'Association des Assurés pour la Protection et la Prévoyance** » auprès de Thélem prévoyance n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au présent contrat.

4. L'objet du contrat

Ce contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'*organisme prêteur*, au titre de l'opération de *prêt* couverte en cas de :

- Décès,
- *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)*,
- *Incapacité Temporaire Totale (ITT) y compris mi-temps thérapeutique*,
- *Incapacité Permanente Totale (IPT)*,
- *Incapacité Permanente Partielle (IPP)*.

selon les garanties mises en place sur la tête de l'*assuré*.

4.1 LES CRÉDITS, LES OBJETS DE FINANCEMENT ÉLIGIBLES ET REFUSÉS

Types de <i>prêts</i> autorisés	Durée de couverture	Durée maximum de différé	Capitaux après application de la quotité	Types de <i>prêts</i> refusés
<ul style="list-style-type: none"> • Amortissable, • In-fine, • Relais, • 0%, • Paliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • 360 mois, • 36 mois pour les <i>prêts</i> relais. 	<ul style="list-style-type: none"> • 36 mois, en supplément des 360 mois, • sauf pour les <i>prêts</i> à taux zéro, la durée étant celle fixée par la réglementation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Décès / <i>PTIA</i> : de 17 000 € à 1 500 000 €, • <i>ITT / IPP / IPT</i> Maximum 7500 € mensuels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crédit-bail, • LOA, • <i>Prêt</i> d'honneur, • Restructuration.

Objets de financement autorisés	Objets de financement refusés
<ul style="list-style-type: none"> • Résidence principale, • Résidence secondaire, • Investissement locatif, • Construction, • Professionnel, • Travaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation, • Financement des études (<i>prêt</i> étudiant), • Personnel, • Objets divers.

4.2 LES FORMULES

La formule choisie est validée sur le certificat d'adhésion de l'*assuré*.

L' <i>assuré</i> peut choisir l'une de ces trois formules selon les modalités d'admission précisées au § 5.1 :	
Formule 1	Décès + <i>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</i>
Formule 2	Décès + <i>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</i> + <i>Incapacité Temporaire Totale (ITT) y compris mi-temps thérapeutique</i> + <i>Incapacité Permanente Totale (IPT)</i>
Formule 3	Décès + <i>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</i> + <i>Incapacité Temporaire Totale (ITT) y compris mi-temps thérapeutique</i> + <i>Incapacité Permanente Totale (IPT)</i> + <i>Incapacité Permanente Partielle (IPP)</i>

Restriction particulière :

- Ces formules sont accessibles à tous les types de *prêts* autorisés, à l'exception des *prêts* relais où seule la formule 1 est accordée.

4.3 L'OPTION INTÉGRALE

Cette option, quand elle est choisie, est validée sur le certificat d'adhésion de l'*assuré*. Elle permet d'étendre la prise en charge des *affections* disco-vertébrales (et/ou paravertébrales), des *affections* psychiques et psychiatriques.

Toutes les précisions concernant la prise en charge de ces deux *affections* sont indiquées au § 7 « COUVERTURE DES *AFFECTIONS* DISCO-VERTEBRALES, PSYCHIQUES ET PSYCHIATRIQUES ».

5. Modalités d'admission

L'*assuré* est garanti sur la base des déclarations faites lors de l'adhésion ou lors de toute modification ultérieure ayant généré un nouveau certificat d'adhésion.


L'*assuré* est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, **selon le cas, des articles suivants du Code des assurances** :

- L. 113-8 (nullité de l'adhésion),
- L. 113-9 (réduction des indemnités),
- L. 132-26 (application d'une règle proportionnelle ou nullité en cas d'erreur sur l'âge).

L'*assuré* est tenu d'informer l'*assureur* de toute modification de son état de santé, ou de tout événement survenu, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé, entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties. À défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

5.1 LES RÈGLES GÉNÉRALES

L'emprunteur, la personne se portant caution, ou ses co-emprunteurs personnes physiques, sont désignés aussi par le terme « l'*assuré* » dans le document « certificat d'adhésion ».

L'<i>assuré</i> doit répondre, à la date de signature de sa demande d'adhésion, aux conditions cumulatives suivantes :	
Transmettre un dossier complet de demande d'adhésion	
L' <i>assuré</i> , doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales et financières fixées par l' <i>organisme assureur</i> . Il doit, en outre, fournir le(s) tableau(x) d'amortissement exprimé(s) en euros correspondant au(x) <i>prêt(s)</i> assuré(s).	
Condition de résidence	
L' <i>assuré</i> réside en France métropolitaine.	
Conditions relatives au <i>prêt</i>	
L' <i>assuré</i> finance son achat immobilier ou ses travaux, par un <i>prêt</i> : <ul style="list-style-type: none">• amortissable, in-fine, relais, à taux zéro, à palier,• consenti par un <i>organisme prêteur</i> français (ou par une succursale française d'établissement de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,• rédigé en français,• libellé en euros.	
Son <i>âge</i> jamais inférieur à 18 ans, à la souscription, ne doit pas excéder 	
Garantie Décès	80 ans 66 ans pour les <i>prêts</i> in-fine
Garantie <i>Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)</i>	70 ans
Garanties <i>Incapacité Temporaire Totale (ITT)</i> + <i>Incapacité Permanente Totale (IPT)</i> + <i>Incapacité Permanente Partielle (IPP)</i>	66 ans

5.2 LA PRISE D'EFFET ET DURÉE

5.2.1 La prise d'effet

Selon le choix formulé par l'*assuré* sur sa demande d'adhésion, les garanties entrent en vigueur :

- ▶ soit à la date de signature de l'offre de *prêt*,
- ▶ soit à la date de déblocage des fonds.

En tout état de cause, les garanties n'entrent en vigueur qu'à partir de zéro heure le lendemain de la réception par Multi-Impact du bulletin de souscription, à la double condition de l'acceptation de la souscription par ce dernier et du paiement de la première cotisation.

L'acceptation des garanties est matérialisée par la remise ou l'envoi à l'*assuré* des Conditions Particulières.

La date d'entrée en vigueur des garanties est portée sur le certificat d'adhésion.

5.2.2 La durée

L'adhésion s'entend pour une durée d'un an à compter de la date d'effet, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

5.2.3 Le droit de renonciation

Cette faculté ne s'applique pas aux prêts professionnels.

Conformément aux dispositions des articles A.132-4-2, L.132-5-2 et L.112-2-1 du Code des assurances, l'*adhérent* dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé de la conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de réception du certificat d'adhésion). En cas d'exercice du droit de renonciation, la part des cotisations versées 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. Dans tous les cas, l'*adhérent* doit signifier la renonciation à **Multi-Impact** par lettre recommandée ou recommandé électronique avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation à envoyer en recommandé avec avis de réception à :

Multi-Impact
41/43 Avenue Hoche
51100 REIMS

*Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat **N°2A2P001** et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de ma demande.*

Le Signature

6. Versement des prestations

6.1 LES BÉNÉFICIAIRES

Règle générale

Le *bénéficiaire* des garanties est l'*organisme prêteur*.

Cas particuliers

Se reporter au § 6.2.

6.2 EN CAS DE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

En cas de réalisation de ces événements, le capital versé au *bénéficiaire* est calculé à la date du décès de l'*assuré* selon les modalités suivantes :

Type de <i>prêt</i>	Versement de la prestation (dans la limite de la <i>quotité assurée</i>)
Tous types	Le capital restant dû par référence au tableau d'amortissement en vigueur au jour du <i>sinistre</i> et au dernier certificat d'adhésion.

CAS PARTICULIERS

1. En cas de *sinistre*, avant tout déblocage des fonds, à la condition que l'assurance ait pris effet → l'*assureur* prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la *quotité assurée* et verse cette somme aux *bénéficiaires* autres que l'*organisme prêteur* (cf. § 6.1 « Les *bénéficiaires* »).

Toutefois, aucune prestation n'est due par l'*assureur*, en cas de *sinistre* survenant plus de 12 mois après la prise d'effet des garanties, si, à la date du *sinistre*, aucun déblocage de fonds n'est intervenu. Le contrat est alors résilié, et l'*assureur* procède au remboursement des primes versées depuis le premier anniversaire de la date de prise d'effet des garanties.

En cas d'abandon de l'opération de *prêt*, aucune prestation ne sera due par l'*assureur*.

2. En cas de *sinistre* sur un *prêt* avec déblocage échelonné → l'*assureur* prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la *quotité assurée* et verse cette somme :

- à l'*organisme prêteur* à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal,

et

- à l'autre (aux autres) *bénéficiaire(s)*, autres que l'*organisme prêteur*, désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. § 6.1 « Les *bénéficiaires* »).

3. L'échéance échue le jour même du décès ou de la reconnaissance de la *PTIA*, est réputée postérieure à cette date, et est prise en charge.

4. En cas de Décès ou *PTIA* simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même *prêt* → le montant total réglé par l'*assureur* n'excédera pas le montant total du *prêt*.

LES CAS DE CESSATION DE GARANTIES ET DE VERSEMENT DES PRESTATIONS SONT PRÉCISÉS AU PARAGRAPHE 12.2.

6.3 EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

L'*assureur* verse, après expiration de la période de *franchise* (90 jours), une prestation.

Si à la suite d'une *ITT* indemnisée par l'*assureur*, l'*assuré* reprend son travail en *mi-temps thérapeutique* prescrit médicalement, l'*assureur* intervient.

Les modalités de règlement sont les suivantes :

Type de <i>prêt</i>	Versement de la prestation <i>ITT</i>	Versement de la prestation (<i>mi-temps thérapeutique</i>) sur justificatifs produits par l' <i>assuré</i>
	Dans la limite de la <i>quotité assurée</i>	
Tous types	Échéances dues par référence au tableau d'amortissement en vigueur au jour du <i>sinistre</i> et au dernier certificat d'adhésion et dans une limite maximum de 7500 €/mois.	50 % des échéances versées au titre de l' <i>ITT</i> pendant 180 jours maximum (à partir de la date de reprise).

CAS PARTICULIERS

► **RECHUTE** : En cas de reprise d'une activité professionnelle (ou d'une reprise des occupations habituelles : travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, si l'*assuré* est sans activité professionnelle), suivie d'une rechute provenant du même événement, la *franchise* de 90 jours **n'est pas appliquée**, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

Dans le cas contraire, il s'agira d'un nouveau *sinistre* donnant lieu à l'application d'une nouvelle *franchise* de 90 jours.

► La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariés, prévue par le Code du Travail, **n'est pas considérée comme une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail**. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées.

LES CAS DE CESSATION DE GARANTIES ET DE VERSEMENT DES PRESTATIONS SONT PRÉCISÉS AU PARAGRAPHE 12.2.

6.4 EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

6.4.1 La détermination du taux global d'invalidité

Modalités de calcul :

► **Le taux global d'invalidité est :**

- déterminé par expertise médicale en France métropolitaine, les frais de rapatriement sont à la charge de l'*assuré*, suite à la *consolidation*,
- fixé après croisement entre le taux d'invalidité fonctionnelle et le taux d'invalidité professionnelle. Il est tenu compte de la répercussion de l'invalidité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercice antérieures et des possibilités restantes.

► **Le taux d'invalidité fonctionnelle** prend en compte le déficit fonctionnel en dehors de toute considération liée à l'activité professionnelle de l'*assuré*. Il s'apprécie de 0 à 100% par seuil de 9%. Il est fixé par expertise et par référence au dernier barème en droit commun édité par la revue « Le Concours Médical ».

► **Le taux d'invalidité professionnelle** prend en compte l'impossibilité d'exercer tout ou partie de l'activité professionnelle exercée par l'*assuré*. Si l'*assuré* n'exerce pas d'activité professionnelle, ce taux s'apprécie en tenant compte principalement de ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles). Ce taux s'apprécie de 0 à 100% par seuil de 9%.

Grille de résultats :

Taux d'invalidité Professionnelle (en %)	Taux d'invalidité fonctionnelle (en %)								
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69	70 à 79	80 à 89	90 à 99	100
10 à 19	0	0	0	0	33	37	40	43	46
20 à 29	0	0	0	37	42	46	50	55	58
30 à 39	0	0	36	42	48	52	58	62	67
40 à 49	0	33	40	46	52	58	63	69	74
50 à 59	0	36	43	50	56	62	68	74	79
60 à 69	0	38	46	53	60	66	73	79	84
70 à 79	0	40	48	56	63	70	77	83	89
80 à 89	0	42	50	58	66	73	80	87	93
90 à 99	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Exemples :

► Le taux d'invalidité fonctionnelle est de 23% et le taux d'invalidité professionnelle est de 17%.
Le taux global d'invalidité retenu étant \leq à 33%, l'*assureur ne verse aucune indemnité* (cellules grises).

► Le taux d'invalidité fonctionnelle est de 58% et le taux d'invalidité professionnelle est de 71%.
Le taux global d'invalidité retenu est de 56 %.
L'*assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle* (cellules blanches).

Il est garanti s'il a choisi la formule 3. Il n'est pas garanti en formule 2.

► Le taux d'invalidité fonctionnelle est de 71% et le taux d'invalidité professionnelle est de 63%.
Le taux global d'invalidité est de 66 %.
L'*assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale* (cellules bleues).
Il est garanti s'il a choisi les formules 2 et 3.

6.4.2 Le montant des prestations

Type de <i>prêt</i>	Versement de la prestation <i>Invalidité Permanente Totale (IPT)</i>	Versement de la prestation <i>Invalidité Permanente Partielle (IPP)</i>
	Dans la limite de la <i>quotité assurée</i>	
Tous types	Échéances dues par référence au tableau d'amortissement en vigueur au jour du <i>sinistre</i> et au dernier certificat d'adhésion	50 % des échéances dues

LES CAS DE CESSATION DE GARANTIES ET DE VERSEMENT DES PRESTATIONS SONT PRÉCISÉS AU PARAGRAPHE 12.2.

6.5 LES MODALITÉS PRATIQUES DE RÈGLEMENT

6.5.1 Les délais de déclaration

En cas de décès, les ayants droit doivent en informer le délégataire de l'*assureur* (Multi-Impact), dans les plus brefs délais.

En cas d'arrêt de travail, celui-ci doit être déclaré à Multi-impact par l'*assuré* dès sa survenance et au plus tard **dans un délai de 30 jours suivant la fin de la période de *franchise* de 90 jours et avant toute reprise du travail**, sauf événement imprévu, insurmontable, et indépendant de la volonté de l'*assuré* (exemples : coma, hospitalisation en établissement médical, amnésie) et accompagné des pièces justificatives qui lui seront demandées. Dans le cas contraire, la prise en charge interviendra au plus tôt à la date de complétude du dossier.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, les pièces justificatives demandées doivent être adressées à Multi-Impact, sous 15 jours maximum à compter de la prolongation.

Toute prolongation parvenant à Multi-Impact après ce délai sera considérée :

- entre le 16^e et le 60^e jour comme une rechute, l'indemnisation reprenant à la date de réception du justificatif,
- après le 61^e jour comme un nouvel arrêt de travail donnant lieu à application du délai de *franchise* de 90 jours à compter de la date de réception du justificatif.

CAS DE LA DÉCLARATION TARDIVE

En cas d'*Incapacité Temporaire de Travail (ITT)*, *Invalidité Permanente Totale (IPT)*, *Invalidité Permanente Partielle (IPP)*, l'*assureur* prendra en charge le *sinistre* à compter de la date de déclaration sans faire application de la *franchise*, cette *franchise* étant réputée épuisée.

Les incapacités de travail d'une durée inférieure à la durée de *franchise* (90 jours) ne donneront lieu à aucun paiement.

6.5.2 Les formalités à respecter

Les prestations sont versées en fonction du tableau d'amortissement en vigueur au jour du **sinistre**, du dernier certificat d'adhésion et dans la limite des capitaux restant dus à l'**organisme prêteur**.

La demande d'indemnisation devra être effectuée au Délégué : Multi-Impact – 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.
Il conviendra de fournir à l'**assureur** le certificat d'adhésion, et à chaque demande nouvelle d'indemnisation, le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès, de la **PTIA**, de l'arrêt de travail, de la reconnaissance de l'**IPT** ou de l'**IPP**, ainsi que les pièces listées ci-après. Toute autre pièce jugée nécessaire par l'**assureur** au règlement des prestations pourra être réclamée.

Garanties	Liste des documents à produire
Décès	<ul style="list-style-type: none"> Un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès-verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès-verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse, Un certificat médical post-mortem (selon document établi par l'assureur), précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'assuré. CAS PARTICULIER : Si le décès survient hors de la France métropolitaine, d'un DROM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.
PTIA	<ul style="list-style-type: none"> Une déclaration de l'assuré (sur l'imprimé établi par l'assureur), Un certificat médical du médecin de l'assuré (sur l'imprimé établi par l'assureur), La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'assuré en bénéficie.
ITT y compris mi-temps thérapeutique IPP	<p><u>Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :</u> La demande d'indemnisation sera réalisée par écrit à l'assureur, dans un délai de 30 jours suivants la fin de la période de franchise de 90 jours, et avant toute reprise du travail, sauf événement imprévu, insurmontable, et indépendant de la volonté de l'assuré (exemples : coma, hospitalisation en établissement médical, amnésie). Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant.</p> <p>En cas de sinistre : une attestation de l'organisme du régime obligatoire ou de l'employeur de l'assuré, précisant les périodes d'arrêts de travail pour maladie ou d'accident des 5 années antérieures à la date du contrat, doit être transmise à l'assureur.</p> <p>En cas de déclaration tardive, l'assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.</p> <p>Les incapacités de travail d'une durée inférieure à la durée de franchise ne donneront lieu à aucun paiement.</p> <ul style="list-style-type: none"> Une déclaration de l'assuré, selon document établi par l'assureur, Un certificat médical selon document établi par l'assureur, Les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'assuré en bénéficie, Un justificatif de la Sécurité Sociale si mi-temps thérapeutique. <p><u>Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une déclaration de l'assuré, selon document établi par l'assureur, Un certificat médical selon document établi par l'assureur attestant de la poursuite de l'incapacité ou de l'invalidité, Les volets de la sécurité sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité si l'assuré en bénéficie, Un justificatif de la Sécurité Sociale si mi-temps thérapeutique. <p><u>A la fin de l'Incapacité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Un certificat de fin d'incapacité rempli par l'assuré selon document établi et fourni par l'assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.
IPT	<ul style="list-style-type: none"> Une déclaration de l'assuré, sur l'imprimé établi par l'assureur, Un certificat médical du médecin traitant de l'assuré, selon document établi par l'assureur, La notification d'attribution d'une pension d'invalidité de deuxième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'assuré en bénéficie.

Pour toutes les garanties souscrites, l'**assureur** se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier et d'effectuer un contrôle médical.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente de ce contrôle, si l'**assuré** ou le **bénéficiaire** refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'**assureur**, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'**assuré** ou le **bénéficiaire** apporterait la preuve.

L'**assureur** pourra convoquer l'**assuré** à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France métropolitaine. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à la charge de l'**assuré** si celui-ci est à l'étranger au moment du **sinistre**. Conformément à la réglementation applicable en matière de secret médical, tout justificatif de nature médicale devra être transmis par voie confidentielle au médecin conseil du délégué de l'**assureur** (Multi-Impact), ou en cas de décès, par l'intermédiaire de l'ayant-droit.

L'**assureur** s'engage, après acceptation du **sinistre** et dans un délai de 30 jours suivant la réception des pièces justificatives, à régler les prestations dues.

7. Couverture des affections disco-vertébrales, psychiques et psychiatriques

7.1 CE QUI EST GARANTI ET EXCLU EN BASE

- Les *affections* disco-vertébrales et/ou paravertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie), ainsi que leurs suites et conséquences sont garanties exclusivement **si elles entraînent une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs** (les séjours en soins de suite, en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ou les cures ne sont pas considérés comme des hospitalisations au sens du présent article).

Dans toutes les autres situations, ces *affections* sont exclues. Pour racheter cette exclusion, il faut souscrire l'option Intégrale (se reporter au § 7.2).

- Les *affections* psychiques et psychiatriques, les fibromyalgies, les troubles liés au burn-out et à la bipolarité ainsi que leurs suites et conséquences sont garanties exclusivement **si elles entraînent une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs dans un établissement spécialisé.**

Dans toutes les autres situations, ces *affections* sont exclues. Pour racheter cette exclusion, il faut souscrire l'option Intégrale (se reporter au § 7.2).

7.2 CE QUI EST GARANTI DANS L'OPTION INTÉGRALE

L'*assuré* est garanti, **sans aucune condition**, contre les suites et conséquences :

- des *affections* disco-vertébrales et/ou paravertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie),
- des *affections* psychiques et psychiatriques, les fibromyalgies, les troubles liés au burn-out et à la bipolarité.

8. Couverture des activités sportives

8.1 LES ACTIVITÉS GARANTIES

DANS LE CADRE D'UNE INITIATION OU D'UN BAPTÊME ENCADRÉ PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ TITULAIRE DES BREVETS OU AUTORISATIONS RÉGLEMENTAIRES EXIGÉES, TOUTES LES PRATIQUES SPORTIVES SONT GARANTIES SANS DÉCLARATION.

8.2 LES ACTIVITÉS EXCLUES

L'*assureur* ne garantit pas les suites et conséquences de la pratique :

- de tous les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération,
- de la boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition),
- des sports relevant du Conseil National des Fédérations Aéronautiques et Sportives y compris parachutisme et parapente,
- des sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- de compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres,
- de la spéléologie,
- de la plongée sous-marine (au-delà de 30 mètres) et de l'apnée (au-delà de 6 mètres de profondeur),
- des sports de montagne à plus de 3 000 mètres, sports de glisse, de glace ou de neige. Cette exclusion ne s'applique pas à la pratique de ces activités se déroulant hors compétition, sur piste balisée et ouverte au public.
- de l'escalade et la varappe (hors mur artificiel),
- de Sports relevant de la Fédération Française de Saut à l'Elastique.

TOUT OU PARTIE DE CES EXCLUSIONS SPORTIVES PEUT FAIRE L'OBJET D'UN RACHAT D'EXCLUSIONS LORS DE L'ADHÉSION AU CONTRAT OU EN COURS DE VIE DU CONTRAT.

9. Exclusions

9.1 LES EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

L'**assureur** ne garantit pas les suites et conséquences :

- du **suicide** survenant pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion, sauf si le **prêt** a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'**assuré**. Dans ce cas, le suicide est couvert dès la prise d'effet de l'adhésion au contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation.
En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.
- de **sinistres** résultant de guerres civiles ou étrangères,
- de **sinistres** résultant d'émeutes, insurrections, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, sabotage ou rixes. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'**assuré** n'a pas de participation active à l'un de ces événements, ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession préalablement garantie par l'**assureur** lors de l'adhésion au contrat.
- directes ou indirectes d'**accidents** liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'**accidents** liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical,
- des **sinistres** résultant d'un **accident** 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 possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- des **accidents** de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'**assuré** caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'**accident**,
- des **affections** dont la première constatation est antérieure à la date de prise d'effet des garanties. Cependant, les suites et conséquences des **affections** déclarées lors de l'adhésion sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'**assuré** ou mention particulière faite au certificat d'adhésion.
- de l'usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites,
- des **sinistres** survenant à l'occasion de paris, défis, raids et tentatives de record.

9.2 LES EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

En plus des exclusions prévues au § 9.1, l'**assureur** ne garantit pas les suites et conséquences :

- d'une tentative de suicide ou d'un fait intentionnel de l'**assuré**, du **bénéficiaire** ou de toute personne à qui l'assurance profiterait même indirectement,
- des cures de toute nature, y compris de désintoxication ainsi que les séjours en centre de repos, de convalescence ou de rééducation fonctionnelle,
- d'interventions chirurgicales esthétiques et / ou traitements esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une **maladie** ou un **accident** garanti au contrat.

10. Territorialité

LES GARANTIES SONT ACQUISES DANS LE MONDE ENTIER, POUR TOUT DÉPLACEMENT, Y COMPRIS À TITRE PERSONNEL, PROFESSIONNEL OU HUMANITAIRE, SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS ÉVENTUELLES INDIQUÉES AU CERTIFICAT D'ADHÉSION.

11. Paiement des cotisations

11.1 LES RÈGLES GÉNÉRALES

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle.

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties et sont prélevées par l'*assureur* ou son Délégué, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance, sur le compte de l'*assuré* (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France) et ce conformément aux modalités acceptées par l'*adhérent* lors de l'adhésion.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'*assureur* ou son Délégué adresse à l'*assuré* une lettre recommandée (et informe en parallèle l'*organisme prêteur*), l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

En plus de la cotisation d'assurance, l'*adhérent* devra régler, uniquement lors de son adhésion au contrat, la cotisation due à l'association contractante.

L'*assureur* s'engage à informer par courrier l'*organisme prêteur* de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

11.2 LES MODALITÉS DE CALCUL DE VOS COTISATIONS

Lors de la souscription, vous pouvez choisir de régler vos cotisations selon les modalités suivantes :

- **Capital restant dû (CRD)**

La cotisation est fixée définitivement à la souscription.

Elle évolue annuellement et est calculée sur les bases du capital restant dû.

L'*assuré* paye pendant toute la durée de son emprunt.

- **Capital initial (CI)**

La cotisation est fixée définitivement à la souscription.

Elle n'évolue pas dans le temps et est calculée sur les bases du capital initial.

L'*assuré* paye pendant toute la durée de son emprunt.

- **Capital initial optimisé (CI Optimisé)**

La cotisation est fixée définitivement à la souscription.

Elle n'évolue pas dans le temps et est calculée sur les bases du capital initial.

L'*assuré* paye pendant les deux premiers tiers de la durée de son emprunt (ex : durée de l'emprunt 15 ans – l'*assuré* paye pendant 10 ans).

La cotisation, quelle que soit la modalité choisie, peut évoluer du fait d'une augmentation des taxes décidée par les pouvoirs publics (cf. § 13 "Principe d'irrévocabilité").

12. Cas de résiliation / cas de cessation des garanties et du versement des prestations

LA CESSATION DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS, QUEL QUE SOIT LE MOTIF, IMPLIQUERA UNE INFORMATION IMMÉDIATE AUPRÈS DE L'ORGANISME PRÊTEUR. LES GARANTIES CESSENT SELON LES MODALITÉS SUIVANTES.

12.1 CAS DE RÉSILIATION / NOTIFICATIONS

12.1.1 À l'initiative de l'adhérent

<p>Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de <i>prêt</i> (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances). Cette faculté ne s'applique pas pour les prêts à caractère professionnel, à l'exception de financement pour un local mixte (usage professionnel et d'habitation).</p> <p style="text-align: center;">⇓</p>	<p>Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de <i>prêt</i>. Cette faculté ne s'applique pas pour les prêts à caractère professionnel, à l'exception de financement pour un local mixte (usage professionnel et d'habitation).</p> <p style="text-align: center;">⇓</p>
<p>L'<i>assuré</i> devra adresser à Multi-Impact sa demande de résiliation, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois. Cette dernière devra être accompagnée de la notification de l'acceptation par l'<i>organisme prêteur</i> de la substitution du contrat d'assurance ainsi que de la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.</p> <p style="text-align: center;">⇓</p>	<p>L'<i>assuré</i> devra adresser à Multi-Impact sa demande de résiliation, au moins deux mois avant la date de renouvellement de ladite adhésion (date d'échéance principale). Cette dernière devra être accompagnée de la notification de l'acceptation par l'<i>organisme prêteur</i> de la substitution du contrat d'assurance ainsi que de la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.</p> <p style="text-align: center;">⇓</p>
<p>La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par Multi-Impact pour le compte de l'<i>assureur</i> de la décision d'acceptation de substitution de l'<i>organisme prêteur</i> ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.</p> <p>Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'<i>organisme prêteur</i>, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée. En cas de refus par l'<i>organisme prêteur</i>, les garanties ne seront pas résiliées.</p>	<p>Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.</p> <p>La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.</p> <p>Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'<i>organisme prêteur</i>, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée. En cas de refus par l'<i>organisme prêteur</i>, les garanties ne seront pas résiliées.</p>

- En cas d'exercice de la faculté de renonciation voir au § 5.2.3,
- En cas de démission par l'*adhérent* de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois.

12.1.2 À l'initiative de l'assureur

- En cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances L. 141-3 du Code des assurances,
- Le jour où le contrat de *prêt* est résilié,
- En cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances).

NOTIFICATION DES RÉSILIATIONS A L'INITIATIVE DE L'ASSUREUR OU DE L'ADHÉRENT

La résiliation doit être notifiée :

- Par lettre simple ou tout autre support durable,
- Par déclaration faite au siège social ou chez notre représentant,
- Par acte extra-judiciaire,
- Directement à notre siège ou auprès de notre représentant,
- Par mail.

L'*assureur* ou son représentant devra confirmer par écrit la réception de la notification.

Les délais de préavis, s'il en est prévu, pour la résiliation, sont décomptés à partir de la date d'envoi de la notification (le cachet de la poste, la date de réception du courriel ou de déclaration ou de l'acte faisant foi).

12.2 CAS DE CESSATION DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

12.2.1 De plein droit

- Le jour du terme du contrat,
- Le jour où le crédit a été intégralement remboursé, à l'échéance finale ou par anticipation,
- Le jour où l'*assuré* admis comme représentant légal de la personne morale (l'*adhérent*) cesse d'avoir cette qualité,
- À la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- En cas de résiliation du contrat de *prêt* pour quelque motif que ce soit.

12.2.2 Cessation des garanties et des versements en cas de décès, PTIA, IPT, IPP, ITT

DÉCÈS, PTIA :

- La garantie Décès cesse au 85^{ème} anniversaire de l'*assuré* ou 67^{ème} si *prêt* in-fine,
- La garantie *PTIA* cesse au 70^{ème} anniversaire de l'*assuré*,

IPT, IPP, ITT :

- Les garanties *IPT*, *IPP* et *ITT* cessent au jour de la **cessation d'activité professionnelle**, au **départ en retraite**, à la **mise en retraite/préretraite** (sauf pour raisons médicales) et, au plus tard, au 67^{ème} anniversaire de l'*assuré*.
- Le versement de l'*ITT* cesse :
 - en cas de reprise totale ou partielle ou d'aptitude à cette reprise totale ou partielle :
 - d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction, (sauf *mi-temps thérapeutique*) par l'*assuré*,
 - des occupations de la vie courante, pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.
 - à la date de consolidation de votre état de santé, date à partir de laquelle nous étudierons une éventuelle prise en charge au titre des garanties *IPT/IPP*.
 - au plus tard au 1095^{ème} jour de votre arrêt de travail.

Si une expertise médicale diligentée par l'*assureur* détermine que l'incapacité n'est plus totale (hors cas de la reprise à temps partiel thérapeutique médicalement prescrite) ou n'est pas justifiée, la prise en charge est interrompue.

12.2.3 Autres cas

- En cas de versement par l'*assureur* du capital assuré en cas de Décès, *PTIA* ou d'*IPT*.

Si le capital versé au titre de l'*IPT* est inférieur au capital assuré pour les garanties Décès et *PTIA*, ces garanties sont maintenues à hauteur du capital restant dû résiduel, sous réserve du paiement des cotisations.

13. Principe d'irrévocabilité

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'*assuré* n'ont aucune incidence sur les garanties accordées et la cotisation.

Les garanties sont donc **maintenues irrévocablement** pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au § 12 « Cessation des garanties et du versement des prestations », dans les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement, sous réserve du paiement des cotisations.

La cotisation communiquée au contrat est **maintenue irrévocablement** pendant toute la durée de ladite adhésion sous réserve de l'exactitude des informations transmises lors de l'adhésion.

Trois motifs peuvent néanmoins influencer une évolution de la cotisation :

- la mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe applicable au présent contrat,
- le cas de modification du *prêt* à la demande de l'emprunteur, nécessitant l'émission d'un avenant,
- la réduction des garanties qui résulterait d'une mise en retraite ou préretraite de l'*assuré*.

Ce motif entraînerait une adaptation de ses garanties et un transfert automatique en **Formule 1 – Décès – PTIA** sous réserve d'un justificatif attestant de sa mise en retraite.

14. Modifications en cours de contrat

14.1 LE CHANGEMENT DE FORMULE / CHANGEMENT D'OPTION / RACHAT D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE

L'*adhérent* peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, tout en respectant les formules décrites au § 2.

Aucune augmentation ou réduction de garantie demandée par l'*adhérent* ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'*organisme prêteur*.

L'adhésion aux garanties *ITT, IPT, IPP*, à l'option Intégrale ou lors du rachat d'une activité sportive exclue, postérieurement aux garanties Décès et *PTIA*, s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle adhésion aux garanties. L'*assuré* est alors tenu de respecter l'ensemble des modalités d'admission prévues au § 5.

Les garanties ne seront acquises qu'à l'issue d'un délai d'attente de **6 mois** décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion à ces nouvelles garanties et donnera lieu à l'établissement d'un avenant au contrat.

Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne donnera pas lieu à indemnisation. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue des garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un *accident* postérieur à la date de souscription de ces nouvelles garanties.

Dans tous les cas, et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente, un avenant prenant acte des modifications est établi.

La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.

14.2 LES MODIFICATIONS RELATIVES AUX PRÊTS

L'*adhérent* s'engage à aviser Multi-Impact par écrit de toute modification relative au prêt, même prévue dans le contrat de *prêt* d'origine.

Si elle n'est pas prévue dans le contrat de *prêt* d'origine, la modification sera soumise à l'acceptation de l'*organisme prêteur* et de l'*assureur* si elle remet en cause la nature de l'adhésion.

L'*adhérent* devra communiquer à Multi-Impact le tableau d'amortissement correspondant à la modification.

L'*adhérent* s'engage à adresser, dans les 2 mois suivant la date de déblocage des fonds, le tableau d'amortissement définitif à l'*assureur* afin que ce dernier puisse, le cas échéant, ajuster ses garanties, et rembourser l'éventuel trop-perçu de primes.

Cette modification sera prise en compte à la date d'information de Multi-Impact et validée par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

En cas de remboursement anticipé partiel, l'*adhérent* s'engage à en aviser Multi-Impact par écrit dans les 3 mois. Au-delà, la modification demandée pourra être prise en compte à la date de la déclaration.

14.3 LA MODIFICATION DE LA QUOTITÉ

Toute augmentation de la *quotité assurée* donne lieu à l'application de formalités médicales et est soumise à l'accord de l'*organisme prêteur* et de l'*assureur*.

Le supplément de garanties ne sera acquis qu'à l'issue d'un délai d'attente de **6 mois** décompté à partir de la date d'effet de l'augmentation de la quotité et donnera lieu à l'établissement d'un avenant au contrat.

Tout arrêt de travail, quelle que soit sa durée, ayant débuté durant cette période ne donnera pas lieu à indemnisation sur le supplément de garantie. Toute rechute consécutive à cet arrêt de travail sera également exclue du supplément de garanties. Ces dispositions ne sont toutefois pas applicables lorsque l'arrêt de travail résulte d'un *accident* postérieur à la date d'effet d'ajout de ce supplément de garantie.

15. Convention AERAS

15.1 LA CONVENTION AERAS – LE DROIT À L'OUBLI – LA GRILLE DE RÉFÉRENCE – L'EXAMEN DES ADHÉSIONS

L'*assuré* présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date d'adhésion, et ne pouvant être garanti dans le cadre de la tarification standard du présent contrat, peut bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'*organisme assureur*. L'*assureur* s'engage alors à respecter les dispositions de la convention.

La convention prévoit un droit à l'oubli dont les conditions d'application sont rappelées au moment de la sélection médicale.

Le détail de ces dispositions est disponible dans le document d'information relatif au droit à l'oubli remis au candidat préalablement au remplissage de son Questionnaire Médical, et sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-info.fr).

PROCESSUS D'EXAMEN DES DEMANDES D'ADHÉSION

Le traitement des demandes d'adhésion aux contrats d'assurance de *prêt* pour les *assurés* présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) s'articule, autour d'un dispositif à trois niveaux :

► **Niveau 1** : la demande d'adhésion est analysée dans le cadre de la tarification du contrat. Si l'*assuré* ne peut être garanti dans ce cadre, la demande d'adhésion est systématiquement examinée individuellement, conformément au niveau 2 de la convention AERAS.

► **Niveau 2** : une proposition tarifaire personnalisée est adressée au demandeur sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ce dossier (questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus au niveau 2 d'un dossier éligible au niveau 3, celui-ci est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés (niveau 3).

► **Niveau 3** : le dossier de demande d'assurance de prêt est présenté dans le cadre du pool des risques très aggravés, et dans le respect des dispositions de confidentialités prévues sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- Pour les *prêts* professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels) et immobiliers (autres que la résidence principale) : encours cumulés de *prêt* d'au plus 320 000 € et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt,
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : *prêt* d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais) et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du *prêt*.

15.2 LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique (GIS) est étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie *Invalidité Permanente Totale (IPT)* a été refusée pour des raisons médicales, ou assortie d'une exclusion de la pathologie déclarée.

Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne pouvant solliciter directement cette garantie. De même une demande de couverture uniquement en décès et *PTIA*, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La GIS s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'*assuré* atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et au plus tard avant ses 67 ans. Cette garantie correspond à une incapacité fonctionnelle permanente couplée à une incapacité professionnelle.

L'incapacité professionnelle correspond à :

- Un classement en 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés,
- Une mise en congé de longue *maladie* pour les fonctionnaires,
- Une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 % et apprécié par le Médecin Conseil de l'*organisme assureur* suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

En cas d'Invalidité telle que définie ci-dessus, l'*assureur* verse à l'*organisme prêteur* le montant du capital restant dû, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du *sinistre* et au dernier certificat d'adhésion.

Les exclusions applicables sont celles prévues au § 9.

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

16. Informations juridiques

16.1 LA PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'*assureur* en a eu connaissance,

2/ en cas de *sinistre*, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'*assuré* contre l'*assureur* a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'*assuré* ou a été indemnisé par ce dernier.

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du **point 2/** ci-dessus, 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.

Les causes ordinaires d'interruption listées aux articles du Code civil sont les suivantes :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait : article 2240,
- La demande en justice : articles 2241 / 2242 / 2243,
- Un acte d'exécution forcée : articles 2244 / 2245 / 2246.

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.

16.2 LES RÉCLAMATIONS

Apporter une relation unique et de qualité est le principal objectif de l'*assureur*. Il peut cependant arriver qu'un désaccord ou un mécontentement survienne relatif à l'établissement d'un devis ou à la gestion du contrat.

L'*assuré* peut, avant toute saisine d'une juridiction, soumettre à l'*assureur* sa réclamation suivant la procédure ci-dessous : **Toute réclamation doit être adressée prioritairement à l'interlocuteur habituel** de l'*assuré*, dont les coordonnées figurent sur les Conditions Particulières, qui est en mesure de lui apporter toutes informations et explications.

Les services du siège :

Si la réponse apportée par l'interlocuteur habituel ne satisfait pas l'*assuré*, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références de votre dossier ainsi que les pièces justificatives) à :

Par courrier :

Thélem assurances
Service réclamations
Le Croc 45430 CHECY

Par E-mail :

reclamations@thelem-assurances.fr

L'*assureur* s'engage à accuser réception de sa réclamation dans les dix (10) jours et à apporter une réponse à sa réclamation dans les meilleurs délais et au plus tard dans les deux (2) mois, sauf circonstances particulières justifiant un délai de traitement plus long dont l'*assureur* informera l'*assuré*, le cas échéant.

La Médiation

Si l'*assuré* estime que les réponses apportées à sa réclamation ne sont pas satisfaisantes et après avoir épuisé les voies de recours décrites ci-dessus, il peut saisir gratuitement le Médiateur de l'assurance, en écrivant :

Par courrier :

La Médiation de l'assurance
TSA 50110
75441 PARIS cedex 09

Par courriel, via un formulaire directement sur le site :

www.mediation-assurance.org

Attention, aucune action judiciaire ne doit être engagée. Si l'*assuré* saisit le Médiateur avant d'avoir adressé une réclamation au Service réclamation de l'*assureur*, il s'expose à un refus de traitement de sa demande par le Médiateur de l'assurance.

Après avoir été saisi, le Médiateur rend un avis dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception des pièces fondant la demande.

Litiges et arbitrages

En cas de désaccord de l'*assuré* sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'*assureur*, ou bien par son médecin consultant, l'*assuré* peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, une tierce expertise sera alors réalisée ; le coût de la tierce expertise est supportée pour moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'*assuré* et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel.

16.3 LA PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

L'*assureur* traite les données à caractère personnel dans le respect des lois et réglementations en vigueur et notamment du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et des référentiels édictés par la CNIL.

Les données personnelles recueillies, traitées et enregistrées par l'*assureur*, responsable du traitement, sont obligatoires et sont utilisées :

- pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des services associés ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires concernant notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- pour lutter contre la fraude à l'assurance. Les données de l'*assuré* peuvent ici être traitées par des personnes habilitées en la matière,
- dans un objectif d'évaluation et d'acceptation des risques,
- pour l'élaboration de statistiques et études actuarielles,
- pour la gestion de la relation client au travers notamment d'actions de fidélisation, du suivi et d'amélioration de la qualité de la relation client.

L'*assureur* peut également être amené à mettre en œuvre des traitements de profilage (pour personnaliser les offres) ou de décision automatisée à partir de l'analyse des données de l'*assuré* (pour le calcul du tarif).

En cas de *sinistre*, l'*assureur* peut être amené, ainsi que ses prestataires de services, partenaires, filiales ou sous-traitants, à traiter des données relatives à l'état de santé de l'*assuré* dans la finalité de procéder à son indemnisation.

Ces données, pendant toute la durée de la relation contractuelle, pourront être communiquées, dans la limite de leurs habilitations, aux personnes intéressées au contrat, au conseiller, aux partenaires, aux sous-traitants et réassureurs qui exécutent pour le compte de l'*assureur* certaines tâches indispensables à la bonne exécution du contrat, ainsi qu'aux personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, professionnels de santé et organismes d'assurance.

Les données à caractère personnel sont conservées pendant la durée de la relation commerciale ou contractuelle et dans le respect des délais de prescription légaux.

Ces données personnelles pourront donner lieu, à l'exercice du droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et de portabilité par courrier adressé à l'attention du **Délégué à la Protection des Données - dpo@multi-impact.com** ou par courrier à l'attention de Multi-Impact 41/43 avenue Hoche 51687 REIMS Cedex accompagné de la copie d'un justificatif d'identité.

L'assuré a le droit de s'opposer au traitement de ses données personnelles par les services de l'assureur, ou de solliciter auprès de sa société l'arrêt du traitement desdites données. Une fois sa demande transmise, l'assureur ne procédera plus au traitement de ses données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

En cas de désaccord persistant concernant les données de l'assuré, ce dernier a le droit de saisir la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris. Dans ce cas, il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement le consommateur, sauf si ce dernier est déjà client du professionnel. L'organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique est désigné par un arrêté ministériel pour une durée de 5 ans.

16.4 LES PREUVES

L'assureur accepte et l'assuré accepte expressément que les copies des documents contractuels, sous forme électronique, soient admises comme preuves au même titre que l'écrit sur support papier.

16.5 LA PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TÉLÉPHONIQUE

Le consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique (www.bloctel.gouv.fr).

Dans ce cas, il est interdit à un professionnel, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, de démarcher téléphoniquement le consommateur, sauf si ce dernier est déjà client du professionnel.

L'organisme chargé de la gestion de la liste d'opposition au démarchage téléphonique est désigné par un arrêté ministériel pour une durée de 5 ans.

16.6 L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'assureur est soumis à l'autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :

ACPR

4, place de Budapest

CS 92 459

75436 PARIS CEDEX 09.

16.7 LE FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des Assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par la loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L. 423-1 du Code des assurances).



Le site internet Thélem assurances
www.thelem-assurances.fr



Facebook
www.facebook.com/thelem.assurances



Twitter
[@Thelem_Officiel](https://twitter.com/Thelem_Officiel)



LinkedIn
linkedin.com/company/thelem-assurances

Imprimé N° 446 - 06/2021

Thélem assurances, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, numéro SIRET 085 580 488 00071, et sa filiale, **Thélem prévoyance**, S.A. à Conseil d'Administration au capital de 18 000 870 €, immatriculée au RCS d'Orléans 539 477 059, Sièges Sociaux « Le Croc », BP 63130, 45431 Chécy Cedex, Tél. 02 38 78 71 00 - Fax 02 38 78 72 92. Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

