

ASSURANCE DE PRÊT

Le guide de l'assuré - version 2018



SERVICE ASSURANCES MEILLEURTAUX.COM
Immeuble Le Colbert - Cours du Commandant Fratacci
76600 Le Havre
Tél. : 02 79 79 79 00
Fax : 02 79 79 79 94

SOMMAIRE

La dé-liaison assurance et prêt	2
Pourquoi choisir la délégation d'assurance ?	2
Le libre choix, mais...	2
La délégation : quand faut-il l'aborder ?	2
Les garanties proposées	4
Problème de santé, quelles solutions ?	5
La tarification	6
Les documents pour souscrire	7
Lexique	8

1. LA DÉ-LIAISON ASSURANCE ET PRÊT

Depuis le 1er septembre 2010 et l'entrée en vigueur la loi dite « Lagarde », le principe fondamental de la liberté de choix de l'assurance pour le souscripteur d'un prêt immobilier a été confirmé et renforcé.

Vous pouvez souscrire une délégation d'assurance, en assurant votre prêt immobilier dans un autre établissement que celui qui lui fait le crédit et donc, avoir la possibilité d'obtenir un contrat plus compétitif et mieux adapté à sa situation personnelle.

La banque ne peut refuser une assurance extérieure qu'en motivant sa décision et uniquement si les garanties offertes sont inférieures à ce qu'elle proposait.

Les banques, assureurs et intermédiaires en assurances ont l'obligation de fournir à leurs clients une **fiche d'information standardisée sur l'assurance de prêt immobilier** : les emprunteurs ont ainsi la possibilité de comparer de façon plus claire les offres des banques avec celles proposées par les co

mpagnies d'assurance.

Depuis le 1er juillet 2010, cette fiche doit en outre comporter le coût d'assurance propre au projet de l'emprunteur. Depuis la loi de 26 juillet 2013, elle doit être

2. POURQUOI CHOISIR LA DÉLÉGATION D'ASSURANCE ?

- Des garanties qui peuvent être mieux adaptées aux besoins

Le contrat groupe (proposé par la banque prêteuse) est identique pour tous et le choix des garanties peut s'avérer très limité.

Avec les contrats individuels, chaque assureur peut proposer une couverture variable et constituée d'options visant à la renforcer. Vous pouvez effectivement avoir besoin d'une couverture plus complète que celle proposée via le contrat de la banque.



- Des prix très compétitifs

La tarification en délégation est faite selon des critères propres à chaque emprunteur : elle est donc personnalisée selon l'âge, le sexe, le fait de fumer ou non, la profession... De ce fait, vous avez la possibilité de réaliser des économies substantielles en passant par une délégation.

- Une solution plus adaptée pour les risques particuliers

La délégation d'assurance est particulièrement adaptée pour les personnes présentant des risques particuliers :

- les séniors ;
- les personnes présentant une pathologie ;
- celles empruntant d'importants capitaux ;
- les professions libérales ;
- les personnes pratiquant des sports à risques...

3. LE LIBRE CHOIX, MAIS...

L'emprunteur a la liberté de choix : le banquier peut vous conseiller de souscrire son propre contrat d'assurance, mais il ne peut vous l'imposer si les garanties en délégation assurance sont supérieures ou égales à ce qu'il propose. La loi le lui interdit. Quels que soient ses arguments, la banque ne peut vous contraindre à la souscription de son contrat.

La comparaison ne doit donc pas porter exclusivement sur le tarif mais aussi sur les garanties et les quotités réclamées par l'établissement bancaire.

4. LA DÉLÉGATION : QUAND FAUT-IL L'ABORDER ?

- La règle : l'anticipation

Si vous souhaitez garantir votre prêt en utilisant un contrat d'assurance individuel, il convient d'en discuter très rapidement avec votre interlocuteur bancaire : indiquez-lui vos intentions et il vous transmettra la fiche d'exigences personnalisée du prêteur.

Ce document permettra de faire établir, auprès d'un courtier en assurance, des propositions en délégation répondant aux critères d'équivalence exigés par la loi.

Il conviendra ensuite de présenter ces propositions à votre banque afin qu'elle vous confirme son accord. En cas de refus, elle devra le motiver par écrit : il sera alors possible d'adapter la proposition en délégation en prenant en compte la ou les raisons du refus.

- **Anticipation d'autant plus nécessaire en cas de « risque particulier »**

Problème de santé, professions ou pratique de sports à risques... Dans ce cas, l'étude de votre dossier peut nécessiter une étude complémentaire par l'assureur (documents médicaux, analyses médicales, questionnaires spécifiques professionnels ou sportifs...) et peut **sensiblement allonger les délais de traitement** et donc l'édition des documents d'assurance (attestation, contrats).

De plus, dans certains cas, il peut être nécessaire d'interroger non pas une mais plusieurs compagnies afin de trouver la solution la plus adaptée à votre situation et à vos attentes.

A cet effet, Meilleurtaux.com a mis en place un circuit spécifique auprès de ses partenaires permettant de solliciter simultanément plusieurs compagnies, tout en simplifiant pour l'assuré les démarches à accomplir.



- **Puis-je changer d'assurance en cours de prêt ?**

Quel que soit votre choix lors de la souscription de votre crédit (*assurance emprunteur groupe proposé par banque prêteuse ou assurance extérieure*), si votre assurance vous coûte trop cher ou que ses garanties ne sont pas bien adaptées à votre situation, le droit de résiliation vous permet de trouver un meilleur contrat en termes de prix et de couverture.



Acheter un bien immobilier engendre un certain nombre de démarches à effectuer en peu de temps et la priorité est souvent donnée à la recherche et à la négociation du crédit. Ces modalités permettant de choisir et changer plus librement d'assurance devraient permettre aux emprunteurs d'avoir davantage de temps pour mettre en concurrence les offres, comparer les garanties et mieux choisir leur assurance de prêt. Toutefois, la décision finale d'acceptation du nouveau contrat reviendra toujours à la banque.

Hervé Hatt, Président de meilleurtaux.com



- **Qui est concerné par cette possibilité de résilier son contrat ?**

Le changement d'assurance s'adresse à tous les emprunteurs ayant effectué un achat immobilier.

- **Quand résilier son contrat ?**

Soit au cours des 12 mois suivant la signature de l'offre de prêt, en envoyant votre résiliation au plus tard, 15 jours avant la fin de ce délai.

Soit à chaque date anniversaire du contrat d'assurance, en envoyant votre résiliation au moins 2 mois avant

NB : dans les 2 cas, votre banque disposera au préalable de 10 jours pour vous répondre à réception de votre demande complète.

- **Quelles sont les étapes à respecter pour changer de contrat d'assurance ?**

1. Comparer les offres du marché
2. Vérifier que les garanties de votre contrat actuel et du nouveau contrat soient équivalentes.
3. Envoyer la demande de substitution et le nouveau contrat d'assurance souscrit au prêteur par lettre recommandée L'organisme prêteur aura un délai de 10 jours ouvrés pour notifier son acceptation ou son refus.
4. Emission par la banque d'un avenant au contrat de prêt sans frais supplémentaires pour l'emprunteur.
5. Envoyer la lettre de résiliation à l'assureur au plus tard 15 jours avant la date anniversaire du contrat de crédit pour les 12 premiers mois de votre financement ou 2 mois avant la date d'échéance de votre prêt.

Meilleurtaux.com vous accompagne dans toutes les étapes du changement de votre contrat d'assurance en mettant à votre disposition les conseils et les outils suivants :

Un comparateur de tarifs / Un comparateur de garanties entre le nouveau contrat sélectionné et le contrat déjà souscrit / Les modèles et courriers types dont vous pouvez avoir besoin au cours de vos démarches

5. LES GARANTIES PROPOSÉES

Il est difficile d'être exhaustif sur ce sujet tant l'offre est importante en la matière mais nous aborderons ci-après celles que l'on rencontre le plus fréquemment.

Il est à noter que la définition d'une garantie et son champ d'application peuvent varier d'un contrat à l'autre : il est donc important de réclamer et lire les conditions générales afin de se faire une idée exacte de ce qu'elles recouvrent ou de prendre conseil auprès d'un courtier en assurances.

- **Le décès**

Le terme définit en lui-même l'objet de la garantie. En matière d'assurance emprunteur, en cas de décès de l'assuré, le capital restant dû est versé par l'assureur à l'organisme prêteur, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement, et ce dans la limite du montant garanti.

- **PTIA - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**

La garantie décès est très souvent associée à une autre garantie : la PTIA. Il s'agit de l'**invalidité physique ou mentale** constatée (avant l'âge de 65 ans) mettant l'assuré dans l'incapacité définitive d'exercer toute activité rémunératrice et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes courants de la vie (se laver seul, se nourrir seul, se déplacer seul...). L'assureur rembourse le montant du capital restant s'il y a perte complète d'autonomie.

- **ITT - Incapacité Temporaire totale de Travail**

L'incapacité temporaire totale de travail est une incapacité médicalement reconnue mettant l'assuré dans l'impossibilité complète mais temporaire (à la suite de maladie ou d'accident) de se livrer à une activité professionnelle lui rapportant gain ou profit.

La prise en charge des échéances de prêt par cette garantie débute généralement à compter du 91ème jour d'arrêt de travail : les 90 premiers jours correspondent à un délai de franchise pendant lequel vous n'êtes pas indemnisé. La franchise la plus couramment rencontrée est donc celle de 90 jours mais elles peuvent être modulables en fonction du contrat concerné (le plus souvent de 30, 60, 90 et 180 jours).

Pour l'ITT, il faut dissocier deux principes d'indemnisation.

- 1. Le principe indemnitaire

Il s'agit de la prise en charge de l'éventuelle perte de salaire consécutive à un arrêt de travail. Dans ce cas, si l'assuré bénéficie d'un maintien de salaire (fonctionnaire, prévoyance employeur), il ne percevra aucune indemnité ou celle-ci sera

alors partielle, limitée à la perte de revenu. Ainsi, si la perte de salaire est inférieure au montant de l'échéance de prêt, l'assuré aura un manque à gagner.

Ce principe d'indemnisation se retrouve assez fréquemment dans les contrats groupe des établissements bancaires.

- 2. Le principe forfaitaire

Il s'agit de la prise en charge de l'échéance de prêt consécutive à un arrêt de travail. **Dans cette hypothèse, que l'assuré ait ou non une perte de revenu liée à son arrêt de travail, il sera indemnisé.**

L'ensemble de l'offre assurance de prêt Meilleurtaux.com propose l'indemnité forfaitaire.

La garantie ITT est très souvent couplée à une autre garantie : l'IPT.

- **IPT (Invalidité Permanente et Totale)**

L'invalidité permanente totale est une invalidité physique ou mentale constatée avant l'âge de 65 ans mettant l'assuré dans l'incapacité d'exercer toute occupation lui rapportant gain ou profit. Le sinistre sera pris en charge après consolidation de l'état de santé de l'assuré sous réserve que le taux d'invalidité soit supérieur ou égal au taux prévu dans le contrat. Ce taux est généralement de 66 % mais il peut varier d'un contrat à l'autre.

Le taux d'invalidité est calculé en fonction :

- **du taux d'invalidité fonctionnelle** : diminution de la capacité d'une personne à effectuer certains gestes de la vie courante (souvent assimilable au taux d'invalidité déterminé par la Sécurité Sociale) ;
- **du taux d'invalidité professionnelle** : diminution de la capacité d'une personne à exercer sa profession (celle exercée au moment du sinistre).

- **IPP (Invalidité Permanente Partielle)**

Cette garantie fonctionne de la même façon que la garantie IPT mais le taux de prise en charge commence à 33 % (et non à 66 %).

- **Exonérations des cotisations**

Il s'agit d'une garantie permettant d'exonérer l'assuré du paiement des cotisations pendant une période d'indemnisation.



- **La garantie chômage (ou perte d'emploi)**

Elle garantit à l'emprunteur le remboursement d'une partie des échéances de prêt en cas de chômage. Elle est souvent soumise à des critères stricts :

- l'assuré doit être en Contrat à Durée Indéterminée au moment de la souscription ;
- le chômage doit résulter d'un licenciement ;
- la garantie est souvent assortie de délais de carence et/ou franchise ;
- la prise en charge est limitée dans le temps quant à son montant.

- **La garantie prévoyance**

Elle peut revêtir différents noms (protection famille, option prévoyance...) et correspond le plus souvent à une garantie « décès accidentel » (ce qui exclut le décès lié à la maladie) au bénéfice, non pas de la banque, mais d'un (des) tiers désigné(s) par les soins de l'assuré au moment de la souscription.

Le but de cette garantie est multiple et peut être utilisé par exemple, pour permettre au conjoint survivant de faire face à tout ou partie des frais liés à la succession.

6. PROBLÈME DE SANTÉ, DES SOLUTIONS ?

- **La convention AERAS**

La convention AERAS, signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs, et les pouvoirs publics, a pris effet en janvier 2007, pour faciliter l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé.

Cette convention prévoit la mise en place d'un 3ème niveau d'examen :

- niveau 1 : risques « standards » ;
- niveau 2 : risques aggravés ;
- niveau 3 : risques très aggravés.

La compagnie va étudier le risque aux 1er et 2ème niveaux et, en cas de refus, va orienter la demande vers un pool d'assureurs et de réassureurs : le dossier sera alors étudié par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC) pour le 3ème niveau.

La convention AERAS prévoit, pour les assurés dont les revenus sont en dessous d'un certain seuil, une limitation de la majoration tarifaire ; il s'agit de la procédure « d'écrêtement » des primes. L'assuré n'a normalement rien à faire pour l'obtenir : la procédure est systématique et la demande de justificatifs de revenus est faite afin de faire bénéficier les assurés qui pourraient y avoir droit.

Pour autant, certaines compagnies d'assurance s'efforcent aujourd'hui de répondre favorablement aux sollicitations des personnes présentant un problème de santé.

La solution consiste, dans les faits, à interroger plusieurs compagnies afin de pouvoir obtenir différentes propositions et, ensuite, conserver celle qui correspond le mieux aux attentes du demandeur et à celles de la banque : vous multipliez vos chances de trouver une assurance en multipliant le nombre de compagnies interrogées.

tous Assurés **meilleurtaux.com**
NOS EXPERTS À VOS CÔTÉS

Dans ce contexte, Meilleurtaux.com a créé « Tous Assurés » : il s'agit d'une procédure consistant à interroger simultanément plusieurs compagnies reconnues pour leur capacité à accepter les risques aggravés de santé (mais aussi ceux liés à l'exercice de sports ou professions à risques).

L'un des avantages (autre que celui de trouver une solution assurance) est la **simplification et la rapidité de la procédure** : un seul dossier de demande d'étude est nécessaire pour interroger plusieurs compagnies alors qu'habituellement, il doit y avoir autant de dossiers que de compagnies interrogées.

- **La demande de révision d'une proposition tarifaire**

Après étude de votre dossier par la compagnie d'assurance, cette dernière peut proposer des exclusions et/ou surprises liées à un risque particulier (pathologie mais aussi risques professionnels, sports).

Si vous considérez que cette proposition ne convient pas en raison soit du tarif proposé, soit de l'étendue des exclusions mentionnées, vous avez la possibilité de **demander la révision de la décision rendue par le médecin conseil**.

Vous devrez dans ce cas rédiger un courrier à l'attention du médecin conseil de la compagnie en lui précisant les raisons de votre désaccord sur la décision rendue. La compagnie peut alors vous réclamer des éléments complémentaires afin de permettre au médecin conseil d'affiner davantage l'étude de votre dossier ou tout simplement de réexaminer les pièces du dossier déjà en leur possession.

7. LA TARIFICATION

- **Les modes de calcul des primes**

Le calcul des primes tient compte d'un certain nombre d'éléments dont les principaux sont les suivants :

- l'âge de l'assuré ;
- l'état de santé ;
- le montant, la durée et le type de prêt ;
- les risques particuliers (profession, fumeur ou pas, déplacements....).

Il existe deux types de cotisations :

- 1. Les cotisations calculées sur le capital restant dû

Les cotisations baissent **en fonction de l'amortissement (diminution) du capital**. Ce mode de calcul se retrouve principalement dans les contrats individuels (délégation) et présente notamment un avantage :

La possibilité de révision de la cotisation en cas de remboursement anticipé partiel.

Ce dernier entraîne une diminution « accélérée » et souvent importante du capital restant dû. Le montant de la cotisation étant directement lié à l'amortissement du capital, la diminution de ce dernier entraîne une diminution du montant de la prime.

Il faut noter que cette révision n'est ni systématique (toutes les compagnies ne donnent pas cette faculté) ni automatique (il est nécessaire d'adresser une demande à votre courtier ou à la compagnie, accompagnée d'une copie du nouveau tableau d'amortissement définitif remis par la banque).

- 2. Les cotisations calculées sur le capital initial

Un taux est appliqué sur le montant du capital initialement emprunté et détermine ainsi un montant de cotisation qui demeure **le même jusqu'à la fin du prêt**.

Ce mode de calcul permet donc d'avoir un montant de cotisation identique du début jusqu'à la fin du prêt mais n'ouvre pas - ou très rarement - de possibilité de révision suite à un remboursement anticipé partiel. Les contrats groupe des établissements bancaires adoptent ce mode de calcul.

- **Le tarif garanti**

Le tarif déterminé à la souscription ne peut être augmenté ni en raison de changements pouvant intervenir dans la vie de l'assuré (changement de profession, pratique de certains sports, devenir fumeur...), ni en raison de facteurs propres à la compagnie d'assurance.

Ce type de tarif était traditionnellement l'apanage des contrats groupe proposés par les banques mais ces dernières années, ce type de tarification s'est largement démocratisé dans les contrats individuels.

Il est à noter que la notion de « tarif garanti » n'a pas de définition réglementaire : certaines compagnies proposent un « tarif garanti » qui peut connaître des exceptions (par exemple, le fait de devenir fumeur ou de se déplacer régulièrement à l'étranger) qui entraîneront une majoration des cotisations.

- **Le tarif révisable**

Par opposition au tarif garanti, le tarif est susceptible de varier en fonction d'aléas propres à l'assuré ou concernant la compagnie. La révision peut intervenir suite à un changement de profession, les résultats du contrat, la pratique de sports à risques.... mais **jamais en raison d'une aggravation de l'état de santé**.

L'état de santé est l'un des critères permettant de déterminer le tarif à la souscription mais il ne peut engendrer d'augmentation en cours de contrat quel que soit le niveau d'aggravation.

8. LES DOCUMENTS POUR SOUSCRIRE

En fonction des compagnies sollicitées et des critères propres à la tarification (état de santé, âge, montant et durée du prêt...), la liste des documents nécessaires peut varier. En voici les principaux :

- **Le bulletin d'adhésion**

Il s'agit du document reprenant :

- les nom(s)/prénom(s) de la (des) personne(s) à assurer ;
- les coordonnées ;
- l'âge ;
- la profession (et éventuellement ses spécificités : déplacements, travail en hauteur, manutention...) ;
- les caractéristiques du (des) prêt(s) ;
- les garanties souhaitées ;
- le nom de l'organisme prêteur.

- **Les documents médicaux contractuels**

Ces documents sont systématiquement demandés et permettent à la compagnie d'étudier votre état de santé et donc d'apprécier le niveau de risque d'un point de vue médical.

- **La déclaration d'état de santé**

Il s'agit d'un document « simplifié » destiné à des emprunteurs jeunes, pour des montants limités d'emprunts et composé le plus souvent d'un certain nombre d'affirmations d'ordre médical. Si l'assuré ne peut répondre favorablement à l'une des affirmations, il devra dès lors s'orienter vers le questionnaire médical.

- **Le questionnaire médical**

Le questionnaire médical comporte un certain nombre de questions sur l'état de santé du demandeur, auxquelles l'assuré doit répondre.

- **Le rapport médical**

Le rapport médical est un document qui s'apparente à un questionnaire de santé ; il concerne principalement des montants d'emprunts élevés et/ou des assurés dont le profil induit un risque accru (les séniors par exemple). Il est plus exhaustif que le questionnaire médical et doit être complété par un professionnel de santé.

Le rapport médical n'exonère pas le demandeur de la formalité du questionnaire médical.

A la lecture des documents contractuels complétés par le demandeur (ou le professionnel de santé), la compagnie peut

réclamer des pièces médicales complémentaires : questionnaire spécifique à la pathologie déclarée, analyses, examens...



- **La déclaration non fumeur**

Ce document, à compléter principalement dans le cadre d'une souscription de contrat individuel, peut être soit un document distinct, soit intégré à un autre document (déclaration d'état de santé, questionnaire de santé...).

Pour se déclarer « non fumeur » il faut, soit ne jamais avoir fumé, soit ne plus fumer (sans discontinuer) depuis un temps défini par la compagnie (souvent 24 mois entre l'arrêt complet du tabac et la date de souscription au contrat).

L'arrêt de fumer ne doit pas avoir été demandé par le corps médical pour des raisons de santé.

Le fait de s'être déclaré « non fumeur » au moment de la souscription implique une déclaration à la compagnie en cours de contrat si vous (re)devenez fumeur.

Si vous fumez de temps en temps ou exceptionnellement, vous ne pouvez pas vous considérer comme « non fumeur ». Etre « non fumeur » signifie n'avoir aucun usage du tabac quelle que soit sa forme (cigarette, cigare, pipe...).

Ces remarques prévalent quel que soit le type de contrat souscrit (groupe ou individuel). Il est impératif de répondre le plus sincèrement et le plus exactement possible à ces documents.

Sur la base de l'article L113.8 du Code des assurances, une compagnie d'assurance est fondée à demander la nullité du contrat en cas de fausse déclaration volontaire et d'en tirer les conséquences, soit le plus souvent, le non-paiement de l'indemnité prévue suite à un sinistre déclaré, ce qui peut avoir des conséquences graves.

Il est à noter que la nullité peut être demandée par la compagnie même si la fausse déclaration n'a rien à voir avec le sinistre déclaré.

Exemple : un assuré déclare un arrêt de travail après une fracture. La compagnie peut évoquer la nullité si, lors du contrôle, elle constate que l'assuré était atteint, au moment de la souscription, d'une pathologie connue de lui et non déclarée (sans rapport avec le présent arrêt de travail).

Sachez également que même en l'absence de mauvaise foi (lorsque la fausse déclaration n'est pas volontaire ou ne peut être prouvée comme telle), l'indemnité normalement due peut être diminuée dans des proportions équivalentes à la différence entre les cotisations effectivement payées par l'assuré et celles qu'il aurait dû payer si le risque avait été déclaré.

9. LEXIQUE

Connaître les différentes garanties vous permettra d'identifier vos besoins en assurance (indépendamment de ce que demande la banque pour garantir le prêt), mais il convient de connaître également certains termes utilisés en assurance de prêt.



DÉLAI DE FRANCHISE

Le délai de franchise est la période suivant la survenance de l'événement assuré (sinistre) et à l'issue de laquelle interviendra la prise en charge : concrètement, la garantie est acquise mais l'indemnité ne sera versée qu'à compter d'un certain délai.

Exemple : en ITT la franchise est souvent de 90 jours, l'indemnité ne commencera à être versée qu'à compter du 91ème jour.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période suivant l'adhésion au contrat pendant laquelle un sinistre relevant d'une garantie souscrite ne sera pas pris en charge.

Exemple : avec une garantie chômage assortie d'un délai de carence de 12 mois courant à partir de la date de souscription, si vous retrouvez sans emploi moins d'un an après avoir souscrit cette garantie chômage, le sinistre ne sera pas pris en charge même si vous êtes encore au chômage après que les 12 mois se seront écoulés.

EXCLUSION PARTIELLE

Il s'agit de l'exclusion d'un risque déclaré (pathologie, professions et sports à risques...) par l'assuré sur une ou plusieurs garanties

(jamais sur une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – PTIA – ni sur Décès). L'assuré bénéficie de toutes les garanties demandées à l'exception de la ou des garanties visées par l'exclusion.

EXCLUSION TOTALE

Il s'agit du refus, par la compagnie, d'accorder une ou plusieurs garanties. Cette exclusion est toujours liée à un risque déclaré par l'assuré.

QUOTITÉ

La quotité correspond à la part de capital à garantir.

Exemple : pour un prêt de 100 000 €, une personne choisissant une quotité de 50 % sera couverte à hauteur de 50 000 € (soit la moitié du capital emprunté).

Il faut savoir que cette quotité s'applique presque toujours à l'ensemble des garanties souscrites. Ainsi pour la garantie ITT (Incapacité Temporaire de Travail), si la quotité choisie est de 50 %, la prise en charge par l'assureur se fera à hauteur de 50 % du montant de l'échéance de prêt.

Lorsqu'il n'y a qu'un seul emprunteur, la banque réclamera presque toujours une quotité de 100 % sur sa tête.

Lorsqu'il y a un emprunteur et un co-emprunteur, plusieurs solutions peuvent être envisagées.

- **Soit 50 % sur la tête de chaque emprunteur** (totalisant donc 100 %).
- **Soit 100 % par tête** : il s'agit d'une couverture « à 200 % ». Cette solution est à privilégier lorsque l'on souhaite une couverture complète. En effet, en cas de décès par exemple, le prêt sera intégralement soldé par l'assurance et le co-emprunteur survivant n'aura plus d'échéance à rembourser.
- **Soit répartir la quotité en fonction de la capacité de remboursement respective de chacun** :

Exemple : au sein d'un couple d'emprunteurs, l'emprunteur A a un revenu de 300 et l'emprunteur B, un revenu de 100, la quotité sera de 30 % sur la tête de l'emprunteur B et de 70 % sur la tête de l'emprunteur A. Si l'emprunteur A décède, l'emprunteur B aura à supporter les échéances correspondant à 30 % du montant initialement emprunté (les 70 % ayant été soldés par l'assurance suite au décès de l'emprunteur A).

SURPRISE

Il s'agit d'un supplément de prime ou de cotisation réclamé à l'assuré en sus de la cotisation de base, lorsque le risque présenté par l'assuré (par exemple un risque aggravé de santé) diverge trop fortement du risque « moyen » auquel est associée la cotisation de base.