

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance sur la vie

PÉRÉNIM
ASSURANCE DE PRÊT

AFi • ESCA



GROUPE BURRUS

GLOSSAIRE

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère au contrat d'assurance et paie les cotisations d'assurance. L'Assuré et l'Adhérent peuvent être la même personne.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur. Jusqu'à la date de conclusion de l'adhésion, cette personne sera désignée comme « Personne à assurer »

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer) : la Guyane française, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et La Réunion.

Expatrié : Personne de nationalité française résidant temporairement hors de France pour des raisons professionnelles ou personnelles.

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

France métropolitaine : Ensemble constitué par le territoire continental de la France, et par les îles françaises proches, de la Manche, de l'Océan Atlantique et de la Méditerranée (dont la Corse). Par extension, les principautés de Monaco et d'Andorre seront considérées, dans le présent contrat, comme faisant partie de la France métropolitaine.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :

- *L'Assuré exerçant ou recherchant une activité professionnelle au jour du sinistre* est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'exercer sa profession ou de rechercher un emploi si l'Assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre.

- *L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre* est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou à une Maladie garantie, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc.).

L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Incapacité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en Incapacité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré en Incapacité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Incapacité Professionnelle (I.P.) : L'Assuré est considéré en Incapacité Professionnelle lorsqu'il est médicalement reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de son état, dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer sa profession, déclarée à la souscription du contrat d'assurance.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un Accident.

Non-résident : Personne de nationalité française ou étrangère dont la résidence fiscale ne se situe pas en France métropolitaine, ni dans les DROM.

Organisme Prêteur : Etablissement bancaire ou financier qui a consenti un Prêt à l'Adhérent ou à l'Assuré.

Pays limitrophe : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Luxembourg, Suisse, Pays-Bas, Portugal.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Prêt : Financement accordé par un Organisme prêteur à l'Assuré, ou à l'Adhérent, s'il est différent de l'Assuré.

Quotité garantie : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé sur l'attestation d'assurance, et le montant du Prêt consenti par l'Organisme prêteur, au vu des éléments communiqués à la souscription.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque sinistre garanti.

Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T., I.P. et I.P.P., la date de réalisation du risque correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.P. ou d'I.P.P.

Article 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

PERENIM 102 est un contrat individuel d'assurance, destiné à la couverture de Prêts.

Le contrat PERENIM 102 comporte les garanties suivantes :

- Décès
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.),
- Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- Invalidité Professionnelle (I.P.),
- Incapacité Temporaire et Totale de Travail (I.T.T.),
- Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies au glossaire.

Les combinaisons suivantes sont proposées à la souscription :

- (a) Décès
- (b) Décès - P.T.I.A.
- (c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T.
- (d) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.T.T.
- (e) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.P.T. - I.T.T.
- (f) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T. - I.P.P.
- (g) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.T.T. - I.P.P.
- (h) Décès - P.T.I.A. - I.P. - I.P.T. - I.T.T. - I.P.P.

Seules sont accordées les garanties mentionnées sur l'Attestation d'assurance.

Le contrat est constitué de la demande d'admission, du questionnaire de santé, de la Notice d'information, et de l'attestation d'assurance précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la demande d'admission.

Article 2 - BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

Compte tenu de l'objet de l'assurance, pour toutes les garanties, le bénéficiaire des prestations est l'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant.

Toutefois, si l'adhérent a choisi le contrat PERENIM 102 en complément de l'adhésion à un autre contrat d'assurance emprunteur, le bénéficiaire des garanties est désigné de la manière suivante :

- Pour la garantie décès, le capital restant dû est versé au conjoint de l'Assuré à la date du décès ou à son partenaire auquel il est lié par PACS à la date du décès, à défaut à son concubin notoire à la date du décès, à défaut à ses enfants vivants ou en cas de prédécès de l'un d'eux, ses représentants, à défaut à ses héritiers.

- Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T., I.P., I.T.T. et I.P.P. :

Si l'Adhérent au contrat est une personne physique, le bénéficiaire des garanties autres que le décès est l'Assuré ;

Si l'Adhérent au contrat est une personne morale, le bénéficiaire des garanties autres que le décès est l'Adhérent.

En tout état de cause, la quotité assurée par l'intermédiaire de l'autre contrat d'assurance emprunteur est obligatoirement inférieure à 100% et la quotité choisie en complément sur PERENIM 102 ne peut être supérieure à la différence entre 100% et la quotité assurée sur l'autre contrat.

Les prestations versées à un Bénéficiaire autre que l'Organisme prêteur seront affectées, sous la responsabilité du Bénéficiaire, au remboursement du Prêt faisant l'objet de la couverture.

Article 3 - ADMISSION À L'ASSURANCE

Sont assurables dans le cadre du présent contrat l'emprunteur et/ou ses co-emprunteurs personnes physiques, les cautions d'un emprunteur personne physique et les dirigeants, associés ou cautions des personnes morales emprunteuses.

3.1. - Age de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise à la garantie P.T.I.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 70 ans.

Pour être admise aux garanties I.P.T., I.P., I.T.T., I.P.P., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

Pour être admise à la garantie I.P., la personne à assurer doit exercer en libéral exclusivement l'une des professions suivantes : médecin généraliste, médecin spécialiste, chirurgien, chirurgien-dentiste,

sage-femme, pharmacien(ne), kinésithérapeute, infirmier(ère), ambulancier, audioprothésiste, épithésiste, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, oculariste, orthoprothésiste, orthoptiste, orthophoniste, ostéopathe, pédicure-podologue, podologue, orthésiste, psychomotricien, puéricultrice, vétérinaire, biologiste médical.

3.2. - Conditions de résidence de l'Assuré

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider fiscalement en France métropolitaine, dans les DOM, ou dans un Pays limitrophe.

Les Expatriés et les Non-Résidents peuvent être assurés pour les seules garanties Décès - P.T.I.A., dans les conditions et limites qui seront détaillées dans l'Attestation d'assurance.

3.3. - Conditions relatives au Prêt et à l'Organisme prêteur

Le Prêt doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- correspondre à une des opérations suivantes : prêt amortissable à échéances constantes, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois, prêt par paliers ou prêt en fine ;
- ne pas excéder un montant de 1500000€ (tous cumuls de contrats PERENIM en cours confondus) ;
- être consenti par un Organisme prêteur ayant son siège social en France ;
- être rédigé en français ;
- être libellé en euros.

Article 4 - MODALITÉS DE SOUSCRIPTION - DÉCLARATION ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information, la personne à assurer remplit et signe la demande d'admission et le questionnaire de santé.

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, déplacements à l'étranger, etc...), de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription, et de fournir tout document que l'Assureur jugerait nécessaire à l'étude du dossier.

Les examens médicaux doivent être réalisés en France, sauf pour les Non-résidents, dont les Expatriés, qui peuvent les effectuer dans leur pays de résidence ; les résultats d'examens doivent en revanche impérativement être rédigés en français ; les frais occasionnés sont remboursés, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur.

Au vu de ces éléments, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie à l'Adhérent une Attestation d'assurance précisant les garanties accordées, le montant du capital assuré à la souscription et à chaque date anniversaire du contrat, la date d'effet et le terme du contrat, les caractéristiques du Prêt et la quotité garantie, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les Bénéficiaires désignés.

S'il refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s)médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification de son état de santé, ou de tout événement survenu entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de prise d'effet des garanties, susceptible de modifier les réponses apportées au questionnaire de santé. À défaut, il s'expose à l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée sur l'attestation d'assurance ne sera pas pris en charge (sauf application éventuelle de la garantie «couverture accidentelle immédiate» décrite à l'article 6).

L'ensemble des déclarations effectuées par l'Adhérent

et l'Assuré servent de base au contrat, permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, déplacements à l'étranger), sauf dans le but de lever une éventuelle exclusion (voir article 13.3).

L'Assuré est tenu d'informer l'Assureur dans le cas où il fixerait son domicile hors de France métropolitaine, des DOM ou d'un Pays limitrophe. Dans ce cas, l'Assureur se réserve la possibilité de résilier les garanties complémentaires (I.T.T., I.P.P., I.P.T. et I.P.) des assurés.

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

L'article L.113-8 du Code des assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts. En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'assureur pourra faire application de l'article L.113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 5 - DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT - PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par l'Assuré de l'attestation d'assurance si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,

- soit à la date de signature par l'Assuré du bon pour accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées. La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 19).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,

- de l'encaissement effectif de la première prime, les garanties prennent effet à la date choisie par l'Assuré et mentionnée sur l'attestation d'assurance.

La date d'effet choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'Assureur ni lui être postérieure de plus de 6 mois.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la date d'effet des garanties, mais alors que les fonds n'ont pas encore, ou n'ont été que partiellement débloqués, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur bénéficiaire, un montant équivalent à la quotité garantie des fonds éventuellement débloqués.

Le surplus est réglé, sous réserve que l'Assuré et l'Adhérent soient la même personne, au conjoint de l'Assuré, non séparé, non divorcé, ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou son concubin notoire, à défaut à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à ses héritiers légaux.

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.

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée sur l'Attestation d'assurance ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 12.

AFI ESCA prend en charge un décalage d'amortissement lié à un report de signature du Prêt ou à un déblocage tardif, sous réserve que la durée du Prêt n'excède pas celle du contrat d'assurance, et que la date de terme du Prêt ne soit pas postérieure de plus de 6 mois à celle du contrat d'assurance, mentionnée sur l'Attestation d'assurance.

Dans tous les autres cas, un avenant doit être établi pour ajuster la durée du contrat à celle du Prêt et les primes correspondantes.

Article 6 - COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMEDIATE

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve qu'une offre de prêt ait été émise, l'Assuré est garanti contre le risque Décès par accident pour le montant du capital assuré, dans la limite de 300 000 (trois cent mille) euros.

Cette garantie prend effet à la date de signature de la Demande d'admission, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 5,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des maladies et non comme des accidents.

Article 7 - PRESTATIONS

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même Prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues au prêteur.

En revanche, le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même Prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé sur la base des caractéristiques du(des) Prêt(s) fournies à la souscription et reprises dans l'Attestation d'assurance ou dans le dernier avenant.

7.1- En cas de Décès

En cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de validité des garanties, le contrat d'assurance prévoit le remboursement, en tenant compte de la quotité assurée mentionnée dans l'attestation d'assurance :

- du capital restant dû assuré à la date de l'échéance qui précède le décès ; si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée postérieure au décès,
- des intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès pour les prêts amortissables et éventuellement, le montant des fonds non encore versés à la date du décès, si pour le Prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées.

Le capital restant dû ne pourra jamais excéder le capital assuré lors de l'adhésion à l'exception des intérêts capitalisés et non réglés liés au Prêt. Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

7.2 - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. et d'I.P.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P., tel que défini à l'article 7.1.

7.3 - En cas d'I.T.T. et d'I.P.P.

Pour pouvoir demander le bénéfice de ces garanties,

l'Assuré caution doit justifier avoir participé au remboursement des échéances du Prêt depuis au moins 6 mois à la date du premier jour d'interruption d'activité, suite à la défaillance de l'emprunteur principal.

Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité garantie et au prorata de la durée de prise en charge.

Mise en œuvre de la garantie I.T.T.

L'Assureur prend en charge, après expiration de la période de franchise de 90 jours, et pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré :

- pour les prêts amortissables : les échéances de Prêt (capital et intérêts),
- pour les crédits in fine : les intérêts échus. Le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.P.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation de garanties précisées à l'article 12.

Néanmoins, en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit médicalement à l'Assuré, et sauf si l'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'I.P.P., l'Assureur poursuivra la prise en charge des échéances de Prêt à hauteur de 50% de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 120 jours, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, suivie d'une rechute provenant du même Accident ou de la même Maladie, la franchise n'est pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

La franchise n'est pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. est mise en œuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

Mise en œuvre de la garantie I.P.P.

L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, 50% du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie I.T.T. **Les prestations cessent immédiatement en cas de :**

- reprise par l'Assuré d'une activité professionnelle à temps plein, y compris de surveillance ou de direction,
- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.T.T.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation de garanties, précisées à l'article 12.

7.4- Définition du taux contractuel d'invalidité lié aux garanties d'I.P.T. et I.P.P.

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le médecin conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur, conformément au tableau ci-après. En cas d'expertise, l'Assuré peut, s'il le désire, se faire accompagner par le médecin de son choix.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la Maladie. Il est évalué d'après le barème de droit commun publié par le Concours Médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée au jour du

sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré au jour du sinistre.

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Barème du Taux contractuel d'invalidité									
IF	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
IP									
10%				29%	33%	36%	40%	43%	46%
20%			32%	37%	42%	46%	50%	55%	58%
30%		30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle
IP = Taux d'incapacité professionnelle

7.5 - Détermination de l'état d'Invalidité Professionnelle

L'état d'invalidité est apprécié par l'Assureur sur la base d'une expertise médicale réalisée par le médecin expert désigné par l'Assureur, en tenant compte des conditions normales d'exercice de la profession, déclarée à la souscription, et des possibilités d'exercice qui subsistent après recours à un appareillage médical adapté (prothèse, canne...) et à un équipement adapté des outils et lieux de travail de l'Assuré.

Pour ouvrir droit à garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date de cessation de garantie, prévue à l'article 12 et mentionnée sur l'Attestation d'assurance ou au dernier avenant.

Article 8 - GARANTIE INVALIDITÉ SPECIFIQUE AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

La convention AERAS vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Dans le cadre de cette convention, et pour les opérations qui y sont éligibles, la Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.) est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les formules de garanties c), d), e), f), g) et h) ont été refusées ou proposées avec une exclusion sur les garanties I.P.T. ou I.P., pour des raisons médicales.

La Garantie Invalidité Spécifique ne constitue pas une option ; elle ne peut être sollicitée directement par l'Assuré.

Elle correspond à une incapacité professionnelle couplée à une incapacité fonctionnelle.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'aptitude totale de la profession pour les non-salariés.

L'incapacité fonctionnelle est appréciée par le médecin conseil d'AFI ESCA selon le barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Elle peut également, si nécessaire, être évaluée, au cours d'une expertise médicale, par le médecin expert désigné par l'Assureur.

Dans ce cas, l'Assuré peut, s'il le désire, se faire accompagner par le médecin de son choix.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70%.

La prestation garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie

Incapacité de travail (I.T.T.) à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le Médecin de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

Toutes les informations relatives à la convention AERAS peuvent être consultées sur le site www.aeras-info.fr.

Article 9 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, y compris dans le cadre de déplacements à titre personnel, professionnel ou humanitaire, dans les limites fixées par l'article 13.

Article 10 - COUVERTURE DES ACTIVITÉS SPORTIVES

Tous les sports pratiqués à la date de souscription sont couverts le cas échéant, dans les limites précisées dans l'Attestation d'assurance.

Tous les sports pratiqués dans le cadre d'un baptême, d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires sont couverts.

Article 11 - MODIFICATION DES GARANTIES

L'Adhérent peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, sous réserve du respect des combinaisons (a), (b), (c), (d), (e), (f), (g) et (h) mentionnées à l'article 1.1.

L'accord écrit de l'Organisme prêteur est indispensable s'il est désigné, de façon directe ou indirecte (cession en garantie, convention séquestre, ...) bénéficiaire du contrat. Cependant, la transmission de documents émanant de l'Organisme prêteur et faisant état de modifications affectant le Prêt sera considérée comme un accord du prêteur sur les modifications à effectuer en conséquence sur le contrat.

En cas de demande d'augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.

Aucune modification du Prêt, survenant au cours d'un arrêt de travail donnant lieu à une prise en charge par l'Assureur, et ayant pour effet l'augmentation du montant des échéances de Prêt, ne sera prise en compte.

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.

L'Adhérent est tenu de déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Organisme prêteur (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée, ...) dans un délai de 2 mois à compter de la date d'effet de cette modification, afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.

À cet effet, l'Adhérent adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Organisme prêteur.

En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'ont pas été déclarées à l'Assureur, ne lui sont pas opposables si elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur est diminué.

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.

Article 12 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour du terme du Prêt ou de son remboursement anticipé total,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la

déchéance du terme prononcée par le prêteur,

- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :

- pour la garantie Décès, au 90ème anniversaire de l'Assuré,
- pour la garantie P.T.I.A., au 70ème anniversaire de l'Assuré,
- pour les garanties I.P.T., I.P., I.P.P. et I.T.T., au jour de la cessation d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite / préretraite, sauf si la mise en retraite (ou préretraite) résulte de l'état d'incapacité de travail qui fait l'objet de la prise en charge par le contrat, et, au plus tard, au 70ème anniversaire de l'Assuré. Pour les personnes sans profession au jour du sinistre, la cessation de ces garanties intervient au plus tard à l'âge légal de mise à la retraite.

- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances,

- le jour où le contrat est résilié,

- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),

- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.

Article 13 - EXCLUSIONS

13.1. - Exclusion spécifique à la garantie décès

Aucune garantie n'est due lorsque le sinistre est la conséquence du suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance. Toutefois, dans le cas d'un Prêt destiné à financer l'achat du logement principal de l'Assuré, le risque de suicide est couvert dès la souscription dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R 132-5 du Code des assurances).

13.2. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due lorsque le Sinistre est la conséquence des faits suivants :

- fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions démonstrations acrobatiques, tentatives de records,
- guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome,
- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile (ou par le droit en vigueur dans le pays de résidence ou de séjour, applicable au moment de la survenance de l'événement à l'origine du sinistre),
- usage de stupéfiants ou de drogues, définis comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

Exclusions spécifiques « sport » :

Les sports suivants si l'Assuré ne les pratiquait pas à la souscription mais commence à les pratiquer en cours de contrat :

- Saut à l'élastique,
- Aviation, activités aériennes,
- Sport automobile en compétition,
- Motocyclisme (l'utilisation de la moto commémoyen de transport n'est pas concernée par cette exclusion)

- Sport nautique autre qu'en bassin ou piscine,
 - Plongée sous-marine hormis si elle est pratiquée avec brevet, en groupe et jusqu'à 40 mètres de profondeur avec scaphandre (limitée à 6 mètres pour la plongée en apnée),
 - Spéléologie,
 - Sport de combat ou art martial hormis l'Aïkido, l'Escrime, le Karaté, le Kendo, le Krav maga, le Kung fu, le Self défense, le Taekwondo ou le Tai chi chuan,
 - Equitation hormis le manège, la randonnée, l'attelage et le dressage,
 - Cyclisme en compétition, VTT en compétition ou extrême, Bicross ou BMX,
 - Sport de montagne ou de neige hormis la randonnée à moins de 3 000 mètres d'altitude ou le ski alpin ou surf des neiges sur domaine skiable sans compétitions ou le ski de fond,
- NB : On entend par domaine skiable, une piste de ski alpin ou un ensemble de pistes qui ont le même point de départ ou qui communiquent entre elles ou qui communiquent par le seul intermédiaire d'une ou de plusieurs remontées mécaniques.**
- Escalade (hormis sur mur artificiel ou bloc) ou Via ferrata,
 - Sports pratiqués à titre professionnel sous contrat rémunéré.

NB : Comme prévu à l'article 10, le baptême n'est pas considéré comme une pratique sportive.

Toutefois, ces nouvelles pratiques sportives pourront être couvertes sur demande de l'Assuré et sous réserve de l'acceptation par l'Assureur, moyennant une tarification adaptée dans les conditions prévues à l'avenant aux Conditions particulières.

13.3. - Exclusions concernant les garanties I.P.T., I.P., I.T.T. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 13.2, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.P.T., I.P., I.T.T. et I.P.P. :

- accidents, maladies, invalidités et infirmités :
- résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
- résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti.
- conséquences d'une tentative de suicide.

13.4 - Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T. et I.P.P. Outre les exclusions mentionnées aux articles 13.2 et 13.3, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.T.T. et I.P.P. :

- cures thermales ou de désintoxication,
 - fibromyalgies et syndromes de fatigue chronique,
 - affections psychiatriques, dont les syndromes anxio-dépressifs, névrotiques ou psychotiques, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 7 jours continus.
 - affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, leurs suites et conséquences, sauf si l'affection en question est consécutive à une infection, une tumeur ou une fracture, constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé ou a nécessité une intervention chirurgicale. Pour ces deux dernières exclusions, en ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus intervient au cours de la franchise de 90 jours, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'Assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 7 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation ;
 - En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 7 jours continus.
- Sous réserve d'acceptation de l'Assureur, ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées, de

manière indissociable, lors de l'adhésion au contrat. Ce choix est définitif pour toute la durée de l'adhésion.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1125-17 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise, que l'Assurée soit salariée ou non, sauf si le sinistre n'a aucun lien avec la maternité.

Article 14 - FORMALITÉS

Les sommes dues au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise à CBP France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

14.1. - En cas de Décès

Le Bénéficiaire ou les ayants-droit de l'Assuré doivent transmettre au médecin conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration «Décès» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- en cas de décès à l'étranger, certificat de décès établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.
- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'Organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s).

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire ou ayants droit).

Le refus de ces derniers de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

14.2 - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.P. ou d'I.P.P.

Dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., d'I.P.T., I.P. ou d'I.P.P., l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au médecin conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration «Invalidité» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé et une attestation de l'Organisme prêteur précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s) à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P., ou le montant de l'échéance du(des) Prêt(s) à la date de consolidation de l'I.P.P.

Au vu de ces pièces, le médecin conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur.

À défaut de déclaration dans le délai imparti, si l'Assureur justifie, du fait de la déclaration tardive, d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de

sinistre, la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T., d'I.P. ou d'I.P.P. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

14.3 - En cas d'I.T.T.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur et au plus tard, dans un délai maximum de 120 jours à compter du premier jour d'arrêt de travail. À défaut de déclaration dans le délai imparti, si l'Assureur justifie, du fait de la déclaration tardive, d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.

L'Assuré doit remettre au médecin conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le formulaire de déclaration «Incapacité Temporaire et Totale de travail» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé indiquant le montant de l'échéance du (des) Prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières de son organisme de régime obligatoire tels CPAM ou Mutuelle, perçues par l'Assuré,
- une attestation de l'employeur justifiant l'arrêt de travail ou l'arrêt de position administrative si la durée est supérieure à 6 mois pour les fonctionnaires ou assimilés
- Les certificats médicaux d'arrêt de travail prescrits par le médecin.

Au vu de ces pièces, le médecin conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne liant pas le médecin conseil de l'Assureur.

Article 15 - CALCUL DES PRIMES

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la Demande d'admission, et indiquée sur l'Attestation d'assurance ou ses avenants éventuels.

Elle est déterminée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première cotisation, et, les années suivantes, de l'âge à la date anniversaire de la date d'effet,
- de l'activité professionnelle de l'Assuré à l'adhésion, du statut de fumeur ou de non fumeur de l'Assuré, du rachat ou non des exclusions de la garantie Incapacité de travail,
- du capital restant dû (affecté de la quotité assurée).

Les cotisations sont dues à compter du jour de la prise d'effet de l'assurance et sont payables annuellement et d'avance. Elles font l'objet d'un fractionnement mensuel sauf si l'Assuré a choisi une autre périodicité lors de son adhésion.

Le montant de la cotisation est fixe durant toute la durée du contrat. Ainsi, en début d'assurance, en fonction des informations fournies par l'Assuré, CBP France établit un échéancier des cotisations qui ne variera pas pendant toute la durée du Prêt, sauf en cas de changement de situation de l'Assuré (fumeur/non fumeur) ou de remboursement anticipé du prêt.

L'Assureur se réserve aussi le droit de réviser les taux de cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

Après un remboursement anticipé partiel, la cotisation est calculée sur le montant du capital restant dû après le remboursement anticipé partiel affecté de quotité assurée.

CBP France informe les assurés de toute modification du montant des cotisations, par lettre recommandée avec avis de réception. Toutefois dans le cas de modification des cotisations suite à un remboursement anticipé partiel, CBP France adressera alors une lettre simple. Le nouvel échéancier des cotisations prendra effet à la date d'envoi de cette lettre.

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances que, les garanties seront suspendues à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant son envoi, et que l'adhésion sera résiliée 10 jours après l'expiration du délai sus-mentionné, faute de règlement de l'arriéré de cotisations.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de 30 jours est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

Article 16 - RÉSILIATION

A tout moment, l'Adhérent peut résilier son contrat en adressant, à CBP France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9, une lettre recommandée.

Les garanties prendront fin à la date demandée par l'Adhérent, et au plus tôt, à la date d'envoi de la lettre recommandée de l'Adhérent.

L'accord préalable de l'Organisme prêteur est nécessaire s'il est bénéficiaire du contrat, ou s'il bénéficie d'une cession en garantie (mise en gage, nantissement, convention séquestre,...) faisant l'objet d'un avenant au contrat, ou dûment notifiée à l'Assureur.

Article 17 - LANGUE – LOI APPLICABLE - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français.

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Si l'Assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'adhésion ou en cas de sinistre, CBP France est en mesure d'étudier toutes ses demandes.

L'Assuré peut également formuler une réclamation en contactant :

**CBP France
Service réclamations
CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9
tél : 09 72 67 00 50**

CBP France s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Si les réponses apportées ne satisfont pas son attente, il peut adresser une réclamation à :

**AFI ESCA
Espace CBP
4, square Dutilleul
59042 Lille Cedex**

AFI ESCA s'engage à accuser réception de votre demande dans les dix jours ouvrables suivant sa réception et à vous apporter une réponse au maximum dans les deux mois.

Enfin, et dans la mesure où aucune solution n'a été trouvée, l'Assuré pourra ensuite faire appel au Médiateur de l'A.F.A. (Association Française de l'Assurance), personnalité indépendante, dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Relations Clientèle dans son courrier de réponse. Ce recours est gratuit. Son adresse est :

**La médiation de l'assurance
TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 9**

Le Médiateur de l'A.F.A. formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :
**AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE
 RESOLUTION**
SECTEUR ASSURANCE
4 PLACE DE BUDAPEST - CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Article 18 - INFORMATION DES ASSURÉS

Afin de vérifier que ses garanties sont toujours adaptées aux caractéristiques du financement accordé par l'Organisme prêteur, l'Adhérent peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

Article 19 - FACULTÉ DE RENONCIATION

Sous réserve de l'accord du prêteur, si ce dernier est désigné, directement ou indirectement, Bénéficiaire, l'Adhérent peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 5, il adresse à CBP France – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9 n° Orias 07 009 023 - www.orias.fr, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

"Messieurs,
 J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n°_____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Signature».

Article 20 - CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ - ARBITRAGE

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T. ou I.P.P., l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge. Cette expertise sera systématique en cas d'I.P.

L'expertise sera réalisée en France auprès d'un médecin expert indépendant, sauf pour les Assurés résidant hors de France métropolitaine, pour lesquels cette expertise pourra être diligentée, dans leur pays de résidence, par un médecin expert missionné par l'Assureur.

Les frais de rapatriement de l'Assuré en France, et de déplacement du médecin expert sont à la charge de l'Assuré.

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

A l'occasion de cette expertise, l'Assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal de Grande Instance du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais et honoraires du tiers-expert sont partagés, mais chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires du médecin qui l'assiste.

Article 21 - CONVENTION DE PREUVE

L'ensemble des documents transmis par le Souscripteur, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par l'Assureur.

Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

Article 22 - PRESCRIPTION

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

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

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

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

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

Article 2240 du Code civil :

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

Article 2241 du Code civil :

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

Article 2242 du Code civil :

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

Article 2243 du Code civil :

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

Article 2244 du Code civil :

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

Article 2245 du Code civil : L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres co-héritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres co-débiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout,

à l'égard des autres co-débiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

Article 23 - PROTECTION DES DONNÉES

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>. L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat.

L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires. Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables. Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Service Clients de CBP France, par mail à l'adresse cbp.protectiondesdonnees@cbp-france.eu ou par courrier : CBP France – Service réclamations – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.

S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

Article 24 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de ses obligations visant à lutter contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, l'Assureur peut être amené à interroger les intervenants au contrat (Adhérent, Assuré, Bénéficiaire, payeurs,...) pour obtenir des informations ou documents complémentaires, au moment de la souscription, en cas de sinistre, mais également en cas de renonciation et de résiliation anticipée du contrat.

L'organisme assureur du présent contrat est AFI ESCA, Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation – Siège Social : 2, quai Kleber 67000 Strasbourg, entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517.

L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de l'organisme assureur, CBP France, SAS de Courtage d'Assurances au capital de 336 480 € - 3, rue Victor Schoelcher, Bâtiment E et F, 44800 SAINT HERBLAIN – RCS Nantes 433 841 285 – ORIAS n° 07 009 023.

IASSURE, société par actions simplifiée, au capital de 3 000 €, dont le siège social est situé au 11 rue Royale, 75008 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 524 114 600 RCS Paris. Courtier en opérations d'assurances immatriculé à l'Orias sous le numéro 10 057 441, commercialise le contrat et est chargé de l'encaissement des cotisations d'assurance par délégation de l'assureur.