# La Convention AERAS

(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

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 a été révisée en février 2011, pour apporter de nouvelles avancées par rapport à l'engagement précédent.

# 1 - Qui est concerné et qu'est-ce qu'un risque aggravé de santé ?

Lorsque vous souhaitez emprunter, vous avez dans la plupart des cas à souscrire une assurance emprunteur pour protéger la banque et vous-même (voire vos héritiers) contre les risques de décès et d'invalidité.

Les engagements pris dans la convention AERAS vous concernent si vous présentez pour l'assurance un risque aggravé de santé. Cela signifie que votre état de santé ou votre handicap ne vous permet pas d'obtenir une couverture d'assurance aux conditions standards, quelle qu'en soit la raison.

# 2 - Où puis-je m'informer sur les dispositions de la convention AFRAS ?

Vous trouverez une information complète sur la Convention AERAS sur le site officiel <a href="www.aeras-info.com">www.aeras-info.com</a>. A partir de ce site, vous pouvez télécharger gratuitement le texte intégral de la convention AERAS.

# 3 - Comment est respectée la confidentialité des informations concernant ma santé ?

La convention AERAS rappelle l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Vous êtes censé répondre seul au questionnaire de santé. Par souci de confidentialité, votre conseiller bancaire ne vous assistera qu'à votre demande.

Le questionnaire médical que vous avez à remplir comporte des questions précises sur des événements relatifs à votre état de santé et en aucun cas ne fait référence aux aspects intimes de votre vie privée. Vous pouvez insérer votre questionnaire, une fois rempli, dans une enveloppe cachetée et seul le service médical de l'assureur en prendra connaissance. S'il a besoin d'informations complémentaires, il prendra contact avec vous pour vous demander des examens médicaux spécifiques.

# 4 - Comment la convention AERAS s'applique-t-elle aux prêts immobiliers et aux prêts professionnels ?

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat de base, votre dossier sera automatiquement examiné à un 2<sup>ème</sup> niveau par un service médical spécialisé. Vous n'avez rien à faire.

Si, à l'issue de cet examen, une proposition d'assurance ne peut toujours pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, par un 3<sup>ème</sup> niveau national, constitué d'experts médicaux de l'assurance. Cet ultime examen ne concerne que les prêts immobiliers et les prêts professionnels répondant aux conditions suivantes :

- montant maximum: 320 000 € (les crédits relais étant exclus de ce plafond lorsqu'il s'agit de l'acquisition de la résidence principale)
- votre âge en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

A défaut d'accord de l'assurance au 3ème niveau : voir question 8

# 5 - Que se passe-t-il si, en raison de mon état de santé et de mes revenus, le coût de l'assurance est trop élevé ?

La convention AERAS a prévu la prise en charge d'une partie des surprimes éventuelles pour les personnes aux revenus modestes, dans le cadre de l'achat d'une résidence principale ou d'un prêt professionnel.

Vous pouvez bénéficier de ce dispositif si votre revenu ne dépasse pas un plafond fixé en fonction du nombre de parts de votre foyer fiscal et du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS):

- revenu < 1 fois le PSS si votre nombre de parts est 1
- revenu < 1,25 fois le PSS, si votre nombre de parts est de 1,5 à 2,5
- revenu < 1,5 fois si votre nombre de parts est 3 ou plus.

Si vous entrez dans une des catégories ci-dessus, votre prime d'assurance ne représentera pas plus de 1,4 point dans le taux effectif plobal de votre emprunt

Si vous êtes éligibles à ce dispositif, si vous avez moins de 35 ans et si vous bénéficiez d'un PTZ+, les surprimes d'assurance de ce prêt seront intégralement prises en charge par les professionnels.

# 6 - Que prévoit la convention AERAS pour le risque d'invalidité ?

Dans votre intérêt, comme dans celui de la banque, il est préférable que le risque d'invalidité soit couvert par les garanties adaptées pour les prêts immobiliers et professionnels. En effet, au cours du remboursement du crédit, votre état de santé peut se dégrader. Cette situation peut entraîner éventuellement un déséquilibre de vos revenus et donc de votre budget.

Les assureurs vous proposeront :

- si la couverture du risque invalidité n'est pas possible, au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie,
- si elle est possible, une garantie invalidité :
  - aux conditions standard avec le cas échéant, exclusion(s) et/ou surprime;
  - spécifique telle que prévue par la Convention AERAS. A défaut, les assureurs vous proposeront au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie.

# 7 - Quel est le délai de traitement des demandes de prêt avec la convention AERAS ?

Les professionnels de l'assurance et de la banque se sont engagés à donner une réponse à votre demande de prêt immobilier dans un délai global de 5 semaines pour un dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition de l'assurance.

Les professionnels de la banque s'engagent, dans la convention AERAS, à vous informer par écrit de tout refus du prêt qui aurait pour seule origine un problème d'assurance. Si l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact avec le médecin de l'assureur, pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

#### Bon à savoir

Vous pouvez anticiper la question de l'assurance, notamment si vous pensez présenter un risque aggravé de santé. Ainsi, avant même d'avoir signé une promesse de vente ou sans attendre que votre demande de prêt soit complétée vous pouvez déposer une demande de couverture, auprès de votre banque ou d'une entreprise d'assurance. Cette anticipation vous permettra d'avoir une décision d'assurance avant que votre projet immobilier soit bouclé. Dans ces conditions, si vous obtenez un accord d'assurance pour garantir un crédit immobilier, cet accord est valable 4 mois, et il reste acquis même si, pendant ces 4 mois, le logement à financer par le crédit change.

# 8 - Que faire si l'accord de l'assurance ne peut être obtenu ?

Sans assurance emprunteur possible pour garantir votre prêt (ou si ses garanties paraissent insuffisantes pour le succès de votre opération), la banque va chercher d'autres moyens pour vous permettre de réaliser votre projet. Elle essaiera avec vous, à la place de l'assurance, de trouver une garantie alternative ou complémentaire. Il peut s'agir par exemple d'une garantie personnelle, comme la caution d'une personne solvable, d'une garantie réelle comme le nantissement d'un capital placé, de la délégation d'un contrat d'assurance-vie ou de prévoyance individuelle, ou encore d'une hypothèque sur un bien immobilier autre que le bien à financer.

Dans tous les cas, c'est la banque qui appréciera la valeur de cette garantie alternative.

# 9 - Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation.

Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises ; elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend et favorise le dialogue si besoin, entre votre médecin et le médecin conseil de l'assureur.

Pour déposer un recours auprès de la commission de médiation, vous devez écrire à l'adresse suivante en joignant les copies de tous les documents utiles :

Commission de médiation de la convention AERAS 61, rue Taitbout 75009 PARIS

# **NOTICE ALLIANZ**

Notice relative au contrat collectif à adhésion facultative établi sous le n°5369, régi par le Code des assurances, souscrit auprès d'Allianz Vie – dénommée « l'assureur », par l'ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE (A.N.C.R.E.) association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, 48 rue de Provence, 75009 PARIS, dénommée « l'association contractante », au profit de ses adhérents. L'A.N.C.R.E. a pour obiet :

- de susciter et de développer, parmi ses adhérents, le sens de l'épargne et de la prévoyance, et plus généralement de toutes les formes de garanties des risques de la vie,
- d'étudier les diverses possibilités de constitution volontaire de régimes de complément de retraite, de régimes d'épargne ou de prévoyance,
- de permettre la mise en œuvre de ces régimes notamment en souscrivant à l'intention de ses adhérents les contrats de capitalisation ou les contrats d'assurance de groupe correspondants,
- de représenter ses adhérents dans le cadre des contrats d'assurance de groupe qu'elle a souscrits et de défendre leurs intérêts auprès de tout organisme intervenant et des pouvoirs publics,
- d'informer ses adhérents de l'évolution de ces divers régimes,
- de participer à toute action, association, fondation ayant un objet en rapport avec celui de l'association.

Le contrat collectif à adhésion facultative n° 5369 est régi par le droit français et est réservé aux seuls membres de l'association A.N.C.R.E. à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1er janvier 2016 et dure jusqu'au 31 décembre 2016. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1er janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'assureur ou l'association contractante moyennant un préavis de 6 mois.

- En cas de modification du contrat collectif portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L141-4 du Code des assurances, par l'Association Contractante dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.
- En cas de résiliation du contrat collectif par la contractante ou l'assureur, les adhérents en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'assureur.
- Conformément à l'article L. 141-6 du code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'association A.N.C.R.E., le contrat se poursuit de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat collectif.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat n°5369 sont définis dans la présente Notice d'information.

# Article 1 : Objet du Contrat

Le présent contrat, souscrit par la Contractante, a pour objet de garantir :

- Option 1 (DC-PTIA-ITT-IPT) le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ou d'Invalidité Permanente Totale (IPT), par suite de maladie ou d'accident (1).
- maladie ou d'accident (1).

  Option 2 (DC-PTIA-ITT-IPT-IPP) le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) ou d'Invalidité Permanente Totale (IPT), ou d'Invalidité Permanente Portielle (IPP) par suite de maladie ou d'accident (1).
- Option 3 (DC-PTIA) le remboursement d'un prêt en cas de décès (DC) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).
  - Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

### Article 2 : Groupe assuré

Est admissible à l'assurance, toute personne physique ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus, l'adhésion n'est possible que pour l'option 3.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

# Article 3 : Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimum de 17 000 euros. Cependant, un prêt d'un montant inférieur est assurable sous réserve qu'il soit adossé à un prêt d'au moins 17 000 euros lors de la même opération d'assurance.

Les prêts doivent être rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit dûment habilité à exercer son activité en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 30 ans. Les prêts en devises ne sont pas assurables dans le cadre du présent contrat.

# Article 4 : Limitation des garanties

Pluralité d'Assurés : si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

# Article 5 : Adhésion à l'assurance

La personne qui demande à adhérer à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande d'adhésion,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur.
- remplir et signer le questionnaire financier et activités «emprunteur» si le montant assuré pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est supérieur ou égal à 1 600 000 euros,
- transmettre un mandat de prélèvement, et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE).

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'Assureur sont pris en charge par l'Assureur.

Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'Assureur sont à la charge de la personne à assurer.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner sa décision à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut accepter l'adhésion d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou de tarif ou la refuser.

Une fois admis à l'Assurance, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Audelà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

# **Convention AERAS**

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS.

La Garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) est accordée si elle est indiquée dans les conditions spécifiques proposées par l'Assureur.

Un dispositif d'écrêtement des primes d'assurance est prévu par la Convention AERAS. Les conditions d'éligibilité à cet écrêtement seront rappelées, le cas échéant, dans les conditions spécifiques de l'adhésion.

# Droit à l'oubli et grille de référence

Le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer, sous certaines conditions médicales et relatives à la demande d'assurance, de ne plus avoir à le déclarer lors de l'adhésion au contrat. Si le cancer a été déclaré sur le questionnaire d'état de santé alors que toutes les conditions sont remplies pour bénéficier du « droit à l'oubli », l'assureur ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

Les conditions permettant de bénéficier du droit à l'oubli, qui sont susceptibles d'évoluer en fonction des progrès médicaux, sont cumulatives et définies dans le questionnaire d'état de santé.

Une grille de référence diffusée sur le site officiel de la convention AERAS permet de rapprocher du tarif normal les personnes souffrant ou ayant souffert de certaines pathologies cancéreuses et autres pathologies notamment chroniques. Cette liste sera actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé.

Le mécanisme complet du droit à l'oubli ainsi que la grille de référence sont consultables sur le site officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

# \*Article 6 : Bénéficiaire de l'assurance

# 6.1. Bénéficiaire de l'assurance à concurrence des sommes dues au Prêteur

Le bénéfice de l'assurance est attribué au Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Le Prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant. Toute demande de modification de garantie et / ou de bénéficiaire de la part de l'Assuré doit faire l'objet d'un accord préalable du dit bénéficiaire.

6.2. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de décès de l'Assuré avant le déblocage total des fonds ou si le capital restant dû indiqué sur le dernier tableau d'amortissement transmis à l'assureur est supérieur au capital restant dû réel à la date du sinistre.

Dans ce cas, le montant excédentaire sera réglé, sauf désignation particulière, par ordre de préférence selon la clause type ci-après ;

- au conjoint de l'assuré non séparé de corps ou lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

La désignation particulière peut être effectuée par acte sous seing privé (lettre recommandée adressée à l'assureur) ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut mentionner les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès. A tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle, ci-dessus, et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de

l'Assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation tacite ou expresse de ce dernier.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

#### 6.3. Bénéfice de l'assurance pour le montant excédentaire en cas de PTIA

Dans ce cas, le montant excédentaire sera directement versé à l'Assuré.

#### 6.4 Revalorisation des capitaux et dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations

En application de l'article L.132-5 du Code des assurances modifié par la loi Eckert, les capitaux décès dus à des bénéficiaires personnes physiques donnent lieu à une revalorisation annuelle, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente.
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Cette revalorisation est calculée prorata temporis, à compter du décès, jusqu'au jour du règlement du capital.

Cette disposition est applicable aux décès survenus à compter du 1er janvier 2016.

Le règlement du capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) est réalisé dans les meilleurs délais, en tout état de cause sous un mois maximum à compter de la réception de l'ensemble des pièces.

Conformément à l'article L132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

# Article 7 : Prise d'effet des garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant au maximum soixante jours à compter de la signature de la demande d'adhésion. Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme des accidents au sens de cette garantie.

Cette garantie est limitée à 150 000 euros, et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance. Si, après examen des pièces médicales fournies, l'Assureur se prononce pour le refus de l'adhésion du postulant, la couverture des risques accidentels cesse de plein droit au jour de la signification du refus au postulant. Cette garantie cesse en cas de refus par le postulant d'accepter les conditions d'adhésion.

En l'absence de choix de date d'effet par la personne à assurer, les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date d'acceptation du risque par l'Assureur indiquée sur l'attestation d'assurance. La personne à assurer peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties:

- soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- soit la date d'accord du prêt,
- soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion.

La date d'effet ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'assureur, ni lui être postérieure de plus de 180 jours. Si 180 jours se sont écoulés depuis la date d'acception du risque sans que les garanties aient pris effet, les formalités d'adhésion doivent être renouvelées.

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

Les garanties joueront conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre. En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

### Modification des garanties et des quotités en cours de contrat - cas du remboursement anticipé partiel

Les choix de l'option et de la quotité sont définitifs et irrévocables pour la durée du prêt sauf :

- en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite de préretraite. L'assuré a alors la faculté de choisir l'option 3 en remplacement de l'option 1 ou de l'option 2,
- ou en cas de changement de situation matrimoniale. Dans ce cas, s'il s'agit d'une augmentation de quotité, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats d'éventuelles nouvelles formalités d'adhésion.

L'Assuré doit prévenir l'Assureur de toute modification des caractéristiques du prêt assuré et notamment celles relatives à l'amortissement du prêt pour qu'il puisse mettre à jour les bases de cotisations et les indemnités garanties en cas de sinistre. En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier.

Dans tous les cas, les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'Assureur.

Outre les règles de cessation propres à chaque garantie décrite dans les articles les concernant, l'adhésion et l'ensemble des garanties cessent :

- Le jour où cesse l'obligation de remboursement du prêt quelle qu'en soit la cause.
- Le jour où cesse l'obligation de caution du prêt quelle qu'en soit la cause.
- A la date de remboursement total anticipé ou non du prêt garanti quelle qu'en soit la cause.
- A la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt.
- En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article 17 « Cotisations »
- En cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assuré conformément à l'article 21 « Faculté de renonciation Résiliation ».
- A l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le Prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu.
- En cas de mise en jeu des garanties Décès ou PTIA. Au plus tard le jour du 85<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

#### Article 9 : Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le jour de son 85ème anniversaire, l'Assureur verse, en tenant compte de la quotité assurée, le montant ci-après :

Le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre 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

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès et par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne sont pas pris en compte.

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré qui, avant son 70 emme anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à une activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert de l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la

Sera considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré de moins de 60 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de la 3<sup>ème</sup> catégorie ou si une rente par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

L'Assureur verse le montant du capital prévu en cas de décès calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'assurance.

L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

# Article 11 : Garanties Arrêt de Travail

# 11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT)

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 4 «limitation des garanties», lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur d'exercer son activité professionnelle ou de rechercher un emploi, si l'assuré est au chômage à la date de survenance du sinistre ou de se livrer à ses occupations habituelles s'il est sans profession, l'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise indiquée sur l'attestation d'assurance, le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Si, à la date de l'ITT, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué par le Prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'Assuré doit :

- avoir souscrit cette garantie sur sa demande d'adhésion,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution de personne morale,
- être âgé de moins de 65 ans.

Les prestations en cas d'ITT sont versées par l'Assureur pendant au maximum 1095 iours.

#### Délai de franchise en ITT :

L'assuré peut avoir choisi une franchise de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

# Cas particulier de l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour

Si l'assuré a choisi l'option 1 ou 2, il est considéré en ITT si son incapacité à activités habituelles non professionnelles est reconnue médicalement. Dans ce cas, l'assuré doit produire un certificat médical conformément à l'article 16 de la présente notice.

# Cas des prêts avec différé :

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts.

#### Cas des augmentations d'échéances :

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant son arrêt de travail ou durant son délai de franchise. L'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

#### Cas des rechutes ou arrêts multiples :

Une rechute dans les 90 jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

### Cas de la reprise d'activité en mi-temps thérapeutique :

En cas de reprise d'activité dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, d'une activité professionnelle, l'Assureur prend en charge 50% des échéances dues (en tenant compte de la quotité assurée) pendant une durée maximale de 180 jours.

#### Limitation des prestations :

Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail du contrat n°5369 sont limitées à 270 euros par jour indemnisé et par Assuré (tous prêts confondus).

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au Prêteur ne seront pas pris en compte.

# Cessation des prestations :

Les prestations versées en cas d'ITT cessent au plus tard :

- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, sauf dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'ITT sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- A l'expiration de la durée d'incapacité indiquée sur le certificat médical visé à l'article 16 pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT. Le jour du 67<sup>eme</sup> anniversaire de l'Assuré.
- A la fin d'un délai de 1095 jours après la date de début de l'ITT.
- A la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie IPT ou
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

# Cessation de la garantie

La garantie ITT cesse :

- Le jour où l'Assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie IPT ou IPP.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

### 11.2 Garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

# Consolidation - degré d'invalidité

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'Assuré. Lorsque l'affection qui a donné lieu à la prise en charge de l'arrêt de travail est consolidée, et au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date d'incapacité de travail, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin d'apprécier le taux d'invalidité en résultant au sens du contrat,

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun

(édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

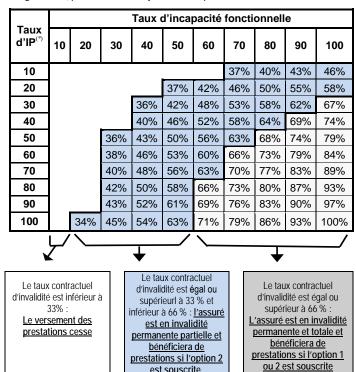
L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée par l'Assuré. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités reclassement dans une profession différente.

Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle de travail du contrat n°5369 sont limitées à 270 euros par jour indemnisé et par Assuré.

Le degré « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'Assureur.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est compris entre 33% et 66%, les prestations sont égales à (n-33)/33 des indemnités versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail, pour les assurés ayant choisi l'option 2, Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, les prestations versées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail sont maintenues intégralement, pour les assurés ayant choisi l'option 1 ou 2.



est souscrite (\*) Taux d'IP signifie «Taux d'Incapacité Professionnelle»

# Cessation des prestations :

Les prestations versées en cas d'IPT ou d'IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'IPT ou de l'IPP sous réserve que l'Assuré continue à remplir les
- autres conditions prévues par le contrat. Le jour du 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

Spécifiquement pour la garantie IPP

- En cas de mise en jeu de la garantie IPT.
- Ou si le degré d'invalidité devenait inférieur à 33%.

# Cessation des garanties IPT et IPP :

Les garanties IPT et IPP cessent au plus tard :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard le jour <sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré.
- Le jour de la cessation de l'adhésion.

# Article 12 : Garantie Invalidité Spécifique AERAS

L'Assuré bénéficie de la garantie invalidité spécifique AERAS si elle est indiquée dans les Conditions Particulières proposées par l'Assureur et si l'Assuré les a acceptées. L'Assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- son état de santé est consolidé ;
- son taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'assureur par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%
- il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

La prestation est versée à compter du jour où ces 3 conditions sont satisfaites. L'Assureur prend en charge le paiement des échéances du prêt figurant sur le dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre affecté de la quotité assurée. Les conditions de limitation des prestations, d'exclusion et de cessation de la garantie sont identiques à celles définies pour la garantie Invalidité Permanente Totale décrites à l'article 11.2, à l'exception de la date de

début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

# Article 13 : Résidence

Sont admissibles aux garanties DC, PTIA, ITT, IPT et IPP les personnes physiques dont la résidence fiscale est située en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer<sup>1</sup> ou dans les collectivités d'outre-mer<sup>2</sup> ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de la personne morale emprunteuse. Son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer¹ ou dans les collectivités d'outre-mer² ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

- départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion. : collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélémy.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco.

#### Article 14 : Contrôle médical - Arbitrage

### Contrôle médical

Pour ne pas perdre son droit au versement des prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire.

Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd ses droits à prestations. Si l'Assuré le souhaite, le contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et à l'invalidité, et celles de l'Assureur dans les mêmes

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Pour les Assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre PTIA – ITT – ITP – IPT - IPP ou Invalidité Spécifique AERAS, le contrôle médical devra s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

En cas de désaccord d'ordre médical, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord. Chaque partie se fera assister par son propre expert. En l'absence d'accord, le choix d'un médecin sera confié au président du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence de l'Assuré en France, en Nouvelle Calédonie ou à Monaco.

Chaque partie prendra à sa charge les honoraires de son expert et la moitié des honoraires de l'expert arbitre.

# Article 15: Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

- les conséquences d'une querre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces évènements, dès lors que l'Assuré y prend une part active, qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.
- Les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'Assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'Assuré est conducteur de tout moyen de transport, les conséquences des accidents résultant de sa consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre.
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
- les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire,
- les risques en cas d'accident de la navigation aérienne sont couverts si:
  - l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public ٠ et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
  - les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,
- les conséquences de la participation de l'Assuré à toutes compétitions et leurs essais comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- la pratique du saut à l'élastique.

# Exclusion spécifique à la garantie Décès :

le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie assurée excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance.

Exclusions spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents survenus avant la date d'effet de l'adhésion, sauf si ces risques ont été déclarés à l'assureur et que celui-ci les a acceptés sans exclusion spécifique, ou si ces maladies entraient dans le champ du droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS à la date d'adhésion.

Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Spécifique AERAS:

- les maladies en évolution ou chroniques ainsi que les infirmités dont l'Assuré était atteint au moment de son adhésion, sauf si elles ont été déclarées à l'Assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie, ou si elles entraient dans le champ du droit à l'oubli prévu par la Convention AERAS à la date d'adhésion. Toutefois, toutes les exclusions figurant dans cette notice restent dans tous les cas applicables,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'Assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les prestations ne sont pas versées au cours des congés de maternité ou de paternité, tels que définis aux articles L.1225-17 et L.1225-35 du Code du travail, que l'Assuré(e) y soit ou non assujetti(e),
- sont exclues les Incapacités Temporaires Totales de Travail, Invalidités Permanentes Totales ou Partielle et Invalidités Spécifiques AERAS résultant :
  - d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité ou invalidité (hormis hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.
  - d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervicobrachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou

Ces deux dernières exclusions peuvent être rachetées de manière indissociable, lors de la souscription du contrat. Aucune demande ne sera acceptée en cours de contrat.

# Sports à risque :

Les sports à risque cités ci-dessous ne sont pas garantis dans le contrat. Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est à dire au maximum une fois par an, et dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, la garantie est acquis si l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement. Cependant, à la demande expresse de l'Assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties moyennant une tarification spéciale. L'Assureur se réserve, le cas échéant, la possibilité de refuser de couvrir le risque.

Vols sur ailes volantes, parapente, deltaplane, ULM, parachutisme, parachutisme ascensionnel, autres sports aériens et/ou utilisation de tout autre engin aérien, sports automobiles, sports motocyclistes, motonautisme, autres sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant, kayak ou aviron des mers à plus de 300m des côtes, plongée sous-marine en professionnel à moins de 20 mètres de profondeur, plongée sous-marine (à l'exception de la plongée sous-marine en amateur à moins de 20 mètres de profondeur), voile et yachting hors compétition (longue traversée, tour du monde), voile et yachting en compétition, hockey sur glace, bobsleigh, autres sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste réglementée et ouverte du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), escalade, randonnée en montagne au-dessus de 3000m, alpinisme, canyoning, rafting, spéléologie, compétitions équestres, équitation, chasse à courre, sports de combat et/ou arts martiaux, pratique de tout sport à titre amateur rémunéré, pratique sportive professionnelle ou sous contrat avec rémunération, cyclisme en compétition, tauromachie

# Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné. Le certificat de décès devra donc émaner de l'une de ces deux autorités.

Les risques de PTIA - ITT - IPT - IPP et d'Invalidité spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moven de documents émanant de l'autorité médicale locale. visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 14 "Contrôle médical - Arbitrage ".

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outremer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou les collectivités d'outre-mer ou en Nouvelle-Calédonie.

# Article 16 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à :

#### **CBP Solutions** CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

N° ORIAS 07 009 023 - www.orias.fr

# Pièces à fournir

#### En cas de DC

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe

#### En cas de PTIA

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'Assuré, sur l'imprimé de l'Assureur,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

# En cas d'IPT ou d'IPP ou Invalidité Spécifique AERAS :

- La déclaration de sinistre qui sera envoyée par l'Assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.
- Un certificat médical détaillé attestant que l'assuré est en état d'invalidité.
- Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé: les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré.
- La notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé.
- Les justificatifs de paiement de pension ou rente de l'Assuré.

## En cas d'ITT :

- La déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant.
- L'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation, ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique. Si l'Assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé: les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'Assuré.
- Si l'Assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date de l'ITT : un certificat médical précisant l'événement entraînant l'incapacité (maladie ou accident), la date de cet événement, la durée probable de l'ITT ou la durée de la prolongation de cette ITT. Puis les certificats médicaux d'arrêt de

Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande. Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives sous réserve d'une prise en charge.

# Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être déclarée dans un délai de 180 jours; ce délai commence le premier jour de l'arrêt. Au-delà, l'Assureur fixe la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail au jour de la déclaration, si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a porté préjudice.

# Article 17 : Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant l'Assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré.

Dans le mode de calcul des cotisations, l'âge de l'Assuré change à la date anniversaire de l'adhésion.

La cotisation pourra être révisée par l'Assureur immédiatement en cas de modification de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances que si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties sont suspendues. A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans formalités 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. Le Prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

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

#### Exonération des cotisations en cas d'ITT-IPT-IPP ou d'Invalidité Spécifique AERAS

En cas de sinistre ITT-IPT-IPP ou Invalidité Spécifique AERAS, l'Assuré continue de régler le montant de ses cotisations à l'Assureur. En revanche, ces cotisations lui sont remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à la mensualité prise en charge par l'Assureur.

## Article 18: Prescription

# Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

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 :

<u>Article L.114-1 du Code des assurances :</u>
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

# Article L.114-2 du Code des assurances :

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

<u>Article L.114-3 du Code des assurances :</u>
Par dérogation à l'article L.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

# 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 par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

# Article 2246 du Code civil:

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

# Article 19 : Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part 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.

Dans ces divers cas, les cotisations annuelles à l'association contractante lui restent acquises.

#### Article 20 : Loi applicable

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le présent contrat d'assurance collective n°5369 relève de la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

#### Article 21 : Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer au bénéfice de son adhésion au présent contrat pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date de signature du certificat d'affiliation. Cette renonciation doit être faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : CBP Solutions – CS 20008 – 44967 NANTES Cedex 9.Elle peut être faite suivant le modèle de lettre proposé ci-dessous. A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion au contrat et toutes ses garanties prennent fin. La(les) cotisation(s) sera(ont) remboursée(s) dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat n° 5369 souscrit auprès d'Allianz Vie et demande le remboursement de ma cotisation de ...euros (date et signature) »

En cas d'exercice du droit de rétractation de l'emprunteur au titre du contrat de prêt, l'adhésion est résiliée de plein droit.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L 132-5-1 du code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

# Article 22 : Substitution d'assurance et résiliation

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des Assurances, L'assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de son offre de prêt. Il devra pour ce faire, adresser à CBP Solutions - CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9 sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par CBP Solutions pour le compte de l'assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat en adressant à CBP Solutions au moins deux mois avant la date de renouvellement de l'adhésion, une lettre recommandée accompagnée de l'accord de l'organisme prêteur bénéficiaire acceptant. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée; le cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra alors effet au jour de la date d'échéance annuelle de l'adhésion.

#### Article 23 : Réclamation

En cas de difficultés, consultez d'abord votre interlocuteur habituel de CBP Solutions. Vous pouvez également formuler une réclamation en contactant :

CBP Solutions Service réclamations CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9 Tél : 09 72 67 00 50

CBP Solutions 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, sa réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez adresser votre réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients Case Courrier S1803 1 cours Michelet CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex Email : clients @allianz.fr

Allianz Vie 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.

Allianz Vie adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif relatif à une garantie, vous avez la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de L'A.F.A. (Association Française de l'Assurance), dont les coordonnées postales sont les suivantes : La médiation de l'assurance-TSA 50110-75441 PARIS CEDEX 9, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

# Article 24 : Informatique et Libertés – Traitement des données personnelles

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'Association souscriptrice, et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires de l'assureur dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'adhérent ou de l'assuré, elles pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent ou l'assuré bénéficient d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant un courrier auprès de :

CBP Solutions Service Informatique et Libertés CS 20008 – 44967 NANTES CEDEX 9

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, l'assureur se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la réglementation en viqueur.

# Article 25 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

L'autorité de contrôle de l'assureur et de l'Association souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75009 PARIS

Allianz – Direction des Opérations Collectives – Collectives – Emprunteurs – TSA 31007 – 67018 Strasbourg Cedex Allianz Vie - Entreprise régie par le Code des assurances – Société anonyme au capital de 643.054.425 euros Siège social : 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 PARIS LA DEFENSE CEDEX. — 340 234 962 RCS NANTERRE www.allianz.fr

ANCRE: 48 rue de Provence - 75009 PARIS. ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE. Association à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901