

NOTICE RÉFÉRENCE 5036-1 - FEVRIER 2021

Avenir Naoassur Emprunteur Equivalence 2

PREAMBULE

Dans le présent document, et dans les différents documents contractuels, la notice est indifféremment appelée «Notice» ou « Conditions générales ». Les informations qui sont fournies dans la notice sont valables sans limitation de durée, sous réserve que l'adhésion soit conclue. Elles ont pour objet de décrire les différentes garanties accordées par le contrat « Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2» (contrat d'assurance à adhésion facultative) régi par le contrat d'assurance de groupe (ou «contrat collectif» ou «convention collective») N° 5036 souscrit par l'association «Le Collège des Assurés» pour ses adhérents auprès de Suravenir.

Suravenir est une société soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4 Place de Budapest –CS 92459 - 75436 – PARIS CEDEX 09), société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 1 111 000 000 €, société mixte régie par le Code des assurances, SIREN 330 033 127 RCS Brest. Dans la présente notice, Suravenir est notamment désigné sous le terme « Assureur ».

Le souscripteur au titre du contrat est l'association «Le Collège des Assurés» (association régie par la loi du 1er juillet 1901), située au 38, rue La Condamine - 75017 Paris, et dont l'objet social est de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres, de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés à leurs besoins, de développer, rechercher et promouvoir des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations de ses membres ainsi que de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.

Dans la présente notice, l'association «Le Collège des Assurés» est notamment désignée sous le terme «Association».

Le gestionnaire du contrat «Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2» est, par délégation de l'Assureur, Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions, société de courtage d'assurance et de réassurance, SAS au capital de 125 131 euros dont le siège social est situé au 38, rue La Condamine - 75017 Paris et immatriculée sous le numéro 791605413

LEXIQUE

Accident : événement non intentionnel de la part de l'assuré, provenant d'une action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, et qui entraîne pour l'assuré des dommages corporels.

Actes ordinaires de la vie courante : s'habiller, se laver, s'alimenter, se déplacer.

Adhérent : personne physique ou morale qui paie les cotisations et qui est le client de l'Assureur. Il est précisé à titre purement informatif que, dans la quasi-totalité des cas, l'adhérent et l'assuré sont la même personne, mais que ce n'est pas le cas si, par exemple, une entreprise (personne morale) décide d'assurer son ou ses dirigeants (personnes physiques) pour se prémunir s'il(s) venai(en)t à décéder (dans ce cas, l'adhérent est alors l'entreprise, et le ou les assurés sont le ou les dirigeants).

Affections psychiatriques : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants,

au RCS de Paris N° ORIAS 13004515. La société est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 – PARIS CEDEX 09.

Dans la présente notice, le gestionnaire - Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions - est notamment désigné sous le terme BPSIs.

Le contrat «Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2» est constitué par la présente notice, la demande d'adhésion, le certificat d'assurance, l'annexe et les différentes formalités d'adhésion (questionnaires, déclarations, rapport).

Dans la présente notice, le contrat est indifféremment appelé le «contrat» ou le «contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2».

L'annexe fait partie intégrante de la présente notice. Les dispositions du «Lexique» ainsi que des chapitres préliminaires 1 à 5 prévalent sur les dispositions de l'annexe en cas de contradiction ou d'incohérence.

Ce contrat est régi par le Code des assurances, et relève des branches 1, 2 et 20 (accident, maladie, vie-décès). Pour les crédits professionnels, ce contrat d'assurance de groupe, et notamment les droits et les obligations de l'adhérent, peuvent être modifiés par accord entre le souscripteur et l'assureur en cours de vie du contrat. L'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association. Il appartiendra, dans tous les cas, au souscripteur d'en informer les adhérents trois mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur. En revanche, les contrats d'assurance de groupe garantissant des crédits à la consommation et des crédits immobiliers ne peuvent être modifiés sans l'accord de l'assuré.

L'assureur applique la convention AERAS, s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, dont les dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr.

dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation.

Affections du dos : affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires.

Assistance d'une tierce personne : activité qui consiste à effectuer, en tout ou en partie et à la place de la personne dépendante, les actes ordinaires de la vie courante, ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes.

Assuré : personne physique qui est couverte par les garanties du contrat.

Assureur : organisme en charge des garanties, qui paie, dans les conditions prévues au contrat d'assurance, le montant des échéances/loyers ou du capital à la place de l'adhérent, lorsque l'assuré a subi un sinistre.

Bénéficiaire : personne physique ou morale désignée par l'adhérent pour recevoir les prestations en cas de sinistre subi par l'assuré. Par défaut, l'organisme prêteur bénéficiaire est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat.

Bénéficiaire acceptant : lorsque le bénéficiaire accepte la désignation faite en sa faveur par l'adhérent. Cette acceptation rend la désignation irrévocable et retire à l'adhérent la libre disposition de son contrat, puisqu'il ne peut plus en demander la résiliation ou la modification sans l'accord du bénéficiaire (Art. L 132-9 du Code des assurances).

Capital emprunté : montant du prêt qui peut faire l'objet d'une garantie. Il s'agit du capital initial.

Capital restant dû : montant total du prêt (ou somme des échéances) dont l'adhérent est redevable, en tant qu'emprunteur, à une date donnée.

Caution : personne qui s'engage à rembourser l'organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

Certificat d'assurance : document adressé à l'adhérent, définissant précisément les engagements pris entre l'adhérent et l'Assureur lors de l'adhésion à l'assurance. Ce document complète et personnalise la notice remise à l'adhérent.

Co-emprunteur : personne qui signe, avec d'autres emprunteurs, un même crédit. Chaque co-emprunteur est responsable des remboursements de crédit : en cas d'impayé, la banque peut se retourner contre chacun des co-emprunteurs.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Convention AERAS : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Cotisations : sommes que l'adhérent paie pendant toute la durée de son adhésion au contrat, afin d'être couvert par les garanties.

Crédit-bail/LOA : contrat de location d'une durée déterminée entre une entreprise ou un locataire et un établissement de crédit, avec une promesse de vente à l'échéance du contrat de location. Il est précisé, à titre purement informatif, qu'en principe, le bien est mis à la disposition de l'utilisateur, moyennant loyers, sans qu'il en soit propriétaire, et qu'en principe, ce dernier le devient s'il décide de racheter le bien à un prix fixé à l'avance par le contrat ; sinon, il restitue le matériel ou négocie une prolongation.

Franchise : période durant laquelle, après survenance d'un sinistre, les prestations ne sont pas dues.

Fumeur : personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

Gestionnaire : organisme qui gère le contrat d'assurance. Dans le présent contrat, le gestionnaire est BPSIs.

Inactif : assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle

Incapacité temporaire totale (ITT) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat :

- l'assuré qui exerce une activité professionnelle, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer un gain ou un profit ; ou
- l'assuré, qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles).

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

Invalidité professionnelle médicale (IPM) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, l'assuré est dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer la

profession occupée au moment de la maladie ou de l'accident, en fonction des conditions normales d'exercice de la profession de l'assuré et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles. Cette garantie est réservée aux assurés exerçant, en France, à l'adhésion, la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Invalidité permanente partielle (IPP) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, l'assuré présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

Invalidité permanente totale (IPT) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat et après consolidation de son état de santé, l'assuré présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

Organisme prêteur : personne physique ou morale qui prête le montant à assurer. A titre purement informatif, le plus souvent, il s'agit d'une banque.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : état de l'assuré reconnu par l'Assureur si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, l'assuré est définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un gain ou un profit et s'il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de sa vie.

Prêt amortissable : prêt dont le capital et les intérêts sont remboursés par échéances, en général mensuelles.

Prêt in fine : prêt dont le capital est remboursé à la fin du contrat d'emprunt. Seuls les intérêts sont payés par échéances périodiques.

Prêt relais : prêt de courte durée permettant à l'emprunteur d'acheter un nouveau logement en attendant la vente de son ancien logement. Les intérêts sont payés par échéances périodiques ou avec le capital en fin de contrat.

Profession médicale : profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Quotité assurée : part garantie du capital emprunté, exprimée en pourcentage.

Il est précisé que la prise en charge par l'Assureur en cas de sinistre, est proportionnelle à la quotité, dans les conditions prévues par la présente notice. Deux quotités peuvent être définies : une pour les garanties obligatoires et une pour les garanties facultatives. La quotité définie pour les garanties facultatives doit être inférieure ou égale à celle définie pour les garanties obligatoires.

Sinistre : événement qui entraîne des dommages faisant jouer les garanties du contrat (exemples : décès, accident ou maladie provoquant un arrêt de travail...).

Sports amateurs : les activités sportives pratiquées en amateur par l'assuré au moment de l'adhésion et qui ne font pas partie des sports à risques sont couverts quelle que soit la garantie.

Sports à risques :

- sports mécaniques : sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien)
- sports maritimes et de rivière : pratique de la voile à plus de 25 miles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur pour la plongée en bouteille et à moins de 10 mètres pour la plongée sans bouteille), canyoning, rafting ;
- sports de spéléologie, de montagne et de glace : spéléologie (si elle nécessite un équipement spécial), sports de neige (autre

que la pratique amateur sur piste du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf), de glace (autre que la pratique amateur de patinage), de montagne ou d'alpinisme (dont varappe, escalade, randonnée en montagne nécessitant l'usage de cordes, piolets ou crampons) ; sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière, planeur, vol à voile.

Pour les garanties ITT/IPT/IPP/IPM, s'y ajoutent les sports équestres et de combat.

Surprime : supplément de cotisation destiné à couvrir un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

Valeur Crédit-bail/LOA : dans le cadre d'un crédit-bail/LOA, il s'agit du montant des loyers restant dus constaté à une date (jour du décès ou jour de reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT ou de l'IPM (hors impayés), augmenté de la valeur résiduelle du bien. Il ne s'agit pas du capital restant dû du prêt.

Valeur résiduelle : prix, prédéfini dans un contrat de crédit-bail/LOA, que devra payer l'utilisateur du bien s'il veut l'acquérir à la fin du contrat.

CHAPITRE PRELIMINAIRE - Qui peut s'assurer ?

Toute personne :

- contractant ou ayant déjà contracté un prêt amortissable ou in fine, un prêt à taux zéro, un prêt professionnel, un crédit-bail/LOA, un prêt relais, ou étant caution d'un de ces prêts, d'une durée minimum de 12 mois, et d'une durée maximum de 420 mois (35 ans), souscrit auprès d'un organisme prêteur (en général une banque) situé en France. Les prêts relais ne doivent pas excéder une période de 36 mois ;
- résidant en France (y compris DOM, Corse) en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française, à Monaco ou au Luxembourg ;
- âgée de plus de 18 ans et de moins de 65 ou 85 ans selon les garanties couvertes et tel que mentionné aux dispositions applicables du « Chapitre 1 : Ce que garantit votre contrat » ;
- dont le prêt ou le crédit-bail/LOA est rédigé en français, libellé en Euros dont la période de différé si elle existe ne peut être supérieure à 36 mois (sauf pour le prêt à taux zéro) ;
- qui souhaite s'assurer pour un montant minimum de 22 000 € Chaque adhérent doit aussi être membre de l'Association.
- Chaque adhérent et, si c'est une personne différente, chaque assuré doit :
- compléter et signer une demande d'adhésion selon les modalités proposées par le courtier distributeur et BPSIs
- se soumettre aux formalités demandées par l'Assureur
- sur demande, fournir un complément d'informations d'ordre financier et/ou médical en fonction de son âge et du montant de la garantie demandée

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations fournies à l'assureur entraînera l'application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances et la nullité du contrat. Les primes perçues restent acquises à l'assureur à titre de dédommagement.

L'Assureur se réserve le droit :

de demander toutes justifications ou examens complémentaires. S'il s'agit d'informations médicales, elles doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil.

de proposer, dans une proposition d'accord, une majoration de cotisation et/ou une limitation de garantie par rapport aux conditions normales d'adhésion. L'adhérent

et, si c'est une personne différente, l'assuré dispose alors d'un délai de quatre (4) mois à compter de la réception de cette proposition d'accord pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance.

de notifier un refus de couverture ou un ajournement.

Attention : si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par l'Assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires relatifs aux examens médicaux restent à sa seule charge.

CHAPITRE 1 - Ce que garantit votre contrat ?

L'ASSURÉ SERA DÉCHU DU DROIT À GARANTIES EN CAS DE FRAUDE, TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE SUR LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES D'UN SINISTRE.

Pour l'ensemble des garanties, les prestations correspondent aux montants dus au titre du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance et expressément accepté par l'assureur dans la limite du dernier tableau d'amortissement en vigueur au jour du sinistre. Le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

1. LES GARANTIES OBLIGATOIRES

A. LA GARANTIE DÉCÈS

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie décès, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 85 ans à l'adhésion.

L'assuré est couvert au titre de la garantie décès pour la durée du prêt qu'il a conclu. Dans tous les cas, cette garantie produit ses effets jusqu'au 90ème anniversaire (inclus) de l'assuré.

Si l'assuré décède suite à un accident ou une maladie garantis par le contrat, l'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès.

Il paye au bénéficiaire le montant indiqué sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance multiplié par la quotité assurée.

Concernant les contrats de crédit-bail/LOA, l'Assureur prend en charge la Valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire de la prestation est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, pour la Valeur résiduelle du bien.

Toutefois, l'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires afin de percevoir le capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, la Valeur résiduelle du bien, si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de montants exigibles excédant le capital restant dû ou, pour un crédit-bail/LOA, la Valeur résiduelle du bien, effectivement pris en charge par l'Assureur, l'adhérent a la possibilité de désigner d'autres bénéficiaires pour percevoir cet excédent éventuel. A défaut de désignation, l'excédent est versé aux héritiers de l'adhérent - personne physique (étant précisé qu'aux fins de la présente notice, les « héritiers » sont les héritiers tels que définis au titre Ier du livre III du code civil).

Lorsque l'adhérent est une personne morale, le bénéficiaire de l'excédent éventuel est dans tous les cas la personne morale.

En cas de décès simultané des assurés, quand il y a pluralité d'assurés, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, le bénéficiaire de l'assurance est l'organisme prêteur. A défaut, l'excédent est versé aux héritiers.

Une Couverture Complémentaire Emprunteur Décès est par ailleurs proposée permettant d'élargir les conditions de versements à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur (voir Chapitre 1-4-A).

GARANTIE DÉCÈS TEMPORAIRE ACCIDENT

Le contrat intègre également une garantie décès temporaire accident. La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et prend fin au plus tard à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si l'adhérent ne donne pas suite à son adhésion. La garantie décès temporaire accident couvre le montant prévu pour la garantie décès dans la limite de 300 000 € (trois cent mille euros). En cas de sinistre, après la signature du contrat de prêt, de crédit-bail/LOA ou de l'acte de cautionnement et avant le déblocage des fonds la garantie produit tous ses effets si le projet est poursuivi.

En cas de réalisation du risque décès, le paiement par l'Assureur des sommes dues à l'organisme prêteur met fin à l'assurance.

B. LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Cette garantie est indissociable de la garantie décès. Elle ne peut être souscrite qu'avec cette dernière.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie PTIA, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, et garantis par le contrat, il est définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un gain ou un profit et s'il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la **fin de sa vie**.

La PTIA doit être constatée avant la date de cessation de la garantie (voir Chapitre 3-3).

MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PTIA

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, reconnue par l'Assureur, et consécutive à une maladie constatée médicalement ou un accident garantis par le contrat, l'Assureur paye le capital restant dû figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la quotité assurée. Le capital restant dû est déterminé au jour où l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur (voir Chapitre 3-5 pour la reconnaissance de la PTIA à l'étranger).

Concernant les contrats de crédit-bail/LOA, l'Assureur prend en charge, en fonction de la quotité assurée, la Valeur résiduelle du bien, à la date à laquelle l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur et ce, en fonction du dernier échéancier ou tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Par défaut, le bénéficiaire de la prestation est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, pour la Valeur résiduelle du bien.

Toutefois, l'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires afin de percevoir le capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, la Valeur résiduelle du bien, si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de montants excédant le capital restant dû ou, pour un crédit-bail/LOA, la Valeur résiduelle du bien, l'adhérent - personne physique - perçoit ce solde.

Les modalités de versement des prestations en cas de PTIA sont les mêmes que pour la garantie Décès (voir Chapitre 1-1-A). Le versement de la prestation met fin à l'ensemble des garanties.

Une Couverture Complémentaire Emprunteur PTIA est par ailleurs proposée permettant d'élargir les conditions de versements à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur (voir Chapitre 1-4-A).

2. LES GARANTIES FACULTATIVES

A. LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Ces garanties sont facultatives : elles peuvent, au choix, être souscrites avec les garanties décès/PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut souscrire les deux garanties ITT/IPT ou bien l'une ou l'autre et ce, au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement, dans les conditions prévues par la présente notice. L'assuré doit exercer une activité professionnelle au moment de l'adhésion aux garanties ITT/IPT.

L'assuré doit en outre être affilié au moment de l'adhésion et ultérieurement à un régime de sécurité sociale française ou au régime de base obligatoire helvète (MAL) s'il exerce son activité professionnelle en Suisse. En l'absence d'une telle affiliation, une étude sera réalisée par l'Assureur qui examinera les dossiers au cas par cas.

I. LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie ITT, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en ITT par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat et survenant avant la date de cessation de la garantie :

- l'assuré, qui exerce une activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer un gain ou un profit ; ou
- l'assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle au moment du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles).

L'incapacité doit être temporaire, totale, continue, et reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale (voir Chapitre 3-5 pour la reconnaissance de l'ITT à l'étranger).

Dans ces cas, l'Assureur prend en charge, au titre de l'ITT, le montant de chaque échéance/loyer exigible, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, à :

- 100 % pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- 50 % pour l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle au jour du sinistre (100% avec l'option Confort sous réserve que l'organisme prêteur ait requis ce niveau de garantie)

L'échéance ou le loyer est calculé(e) par rapport aux caractéristiques du prêt ou du crédit-bail/LOA que l'adhérent a fournies dans la demande d'adhésion et en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Le versement des prestations intervient au terme du délai de franchise choisi par l'adhérent. Si, au jour du sinistre, l'assuré n'exerce plus d'activité

professionnelle, les prestations sont versées au terme d'un délai de franchise minimum de 90 jours à compter de la prescription médicale obligeant l'assuré à observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation.

En aucun cas, les échéances intervenues ou les loyers arrivés à échéance durant le délai de franchise ou alors que l'assuré n'est pas en état d'incapacité ne sont pris en charge.

Le montant des échéances de prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA payés par l'Assureur est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail, dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers assurés exigibles et d'un plafond par assuré et par mois de :

- 10 000 € pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- 3 800 € pour l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle au jour du sinistre.

L'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % des échéances/loyers assurés exigibles.

La prise en charge de ou des échéances/loyers intervient après une franchise dont la durée doit être choisie lors de l'adhésion ou du renouvellement des formalités d'adhésion (sous réserve de l'accord de l'Assureur) : 30, 60, 90 ou 180 jours.

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

La valeur résiduelle prévue au crédit-bail/LOA n'est pas couverte si l'état d'ITT persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte par l'Assureur.

L'assuré doit se conformer aux prescriptions médicales de son médecin pour que le versement des indemnités soit maintenu.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire. Néanmoins, une autre personne physique ou morale peut être désignée pour percevoir le montant des échéances/loyers si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de rechute engendrant une nouvelle ITT dans les 60 jours suivant la reprise d'activité de l'assuré, pour la même cause que toute ITT précédente prise en charge par l'Assureur, cette nouvelle ITT est considérée comme la suite de la précédente. Elle est garantie dans les mêmes conditions et sans délai de franchise, à condition que la garantie ITT soit toujours en vigueur.

Si une nouvelle ITT est déclarée dans un délai supérieur à 60 jours suivant la reprise d'activité, il s'agit dans tous les cas d'une nouvelle ITT à laquelle il faut donc notamment appliquer le délai de franchise choisi.

En cas de reprise du travail à temps partiel (mi-temps thérapeutique) autorisée par le corps médical et l'employeur (ou assimilé), l'Assureur paie au minimum 50 % des sommes dues au titre de l'ITT. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours.

L'Assureur cesse les paiements :

- **A la date de cessation de la garantie**
- **en cas de reprise du travail (sauf dans le cas d'un mi-temps thérapeutique tel que décrit au paragraphe précédent) ;**
- **si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique totale et continue d'accomplir son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit ;**
- **si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle au moment du sinistre n'observe pas un**

repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles) ;

- **à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré ;**
- **au plus tard au 1095ème jour de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour invalidité permanente (IPT ou IPP) est alors engagée si la garantie IPT ou IPP est souscrite.**

Les garanties ITT et IPT souscrites conjointement et la garantie IPP peuvent être assorties de la «Couverture Complémentaire emprunteur Décès/PTIA/Incapacité/Invalidité» permettant d'élargir les conditions de versement à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur (voir Chapitre 1-4-B).

II. LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Pour pouvoir souscrire et être couvert au titre de la garantie IPT, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, il présente un taux d'invalidité constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur supérieur ou égal à 66% (voir «Tableau d'invalidité» ci-après).

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le tableau d'invalidité ci-après). Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

L'IPT doit être reconnue avant la date de cessation de la garantie (voir Chapitre 3-3). L'assuré sans activité professionnelle ne peut être couvert en IPT.

Versement des prestations sous forme de capital :

Dès lors que l'état d'invalidité permanente totale est reconnu par l'Assureur, le paiement des prestations s'effectue en capital, si l'adhérent a choisi ce mode de paiement.

Pour le versement des prestations sous forme de capital, quel que soit le type de prêt (y compris in fine ou relais), l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, le capital restant dû, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans la limite de 2 500 000 €. Si le capital restant dû est supérieur à 2 500 000 €, l'assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

Concernant le contrat de crédit-bail/LOA, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, la Valeur résiduelle du bien dans la limite de 2 500 000 €. Si la valeur excède 2 500 000 €, l'assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. L'assuré reste couvert pour la Valeur résiduelle du bien (éventuellement excédante) au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, à la Valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, pour la Valeur résiduelle du bien.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties.

Versement des prestations sous forme de rente :

Lors de l'adhésion, l'adhérent peut également faire le choix d'un paiement sous forme de rente et non de capital.

Dans ce cas, l'Assureur verse le montant de chaque échéance/loyer exigible :

- en fonction des quotités assurées définies au titre des garanties facultatives
- au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances/loyers pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail/LOA assuré est supérieur(e) à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré.

L'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire. Au cas où le montant de la prestation due par l'Assureur excède l'échéance ou le loyer, l'excédent est versé à l'adhérent.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte.

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

La Valeur résiduelle du bien prévue au contrat de crédit-bail/LOA n'est pas couverte si l'état d'IPT persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

L'assureur cesse les paiements dans le cas où l'état de santé de l'assuré évolue en perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Dans ce dernier cas, l'Assureur intervient au titre de cette garantie.

Une « Couverture Complémentaire emprunteur Décès/PTIA/Incapacité/Invalidité » permettant d'élargir les conditions de versement à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur peut être souscrite à l'adhésion (voir Chapitre 1-4-B).

B. LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

La souscription de cette garantie ne peut avoir lieu qu'en complément de la garantie ITT et/ou IPT au moment de l'adhésion. Toutefois, elle peut être souscrite à tout moment selon les conditions prévues par la présente notice.

Pour pouvoir souscrire et être couvert au titre de la garantie IPP, l'assuré doit, à l'adhésion, avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans et avoir une activité professionnelle.

L'IPP doit être reconnue avant la date de cessation de la garantie (voir Chapitre 3-3).

L'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente partielle par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, il présente un taux d'invalidité constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 % (Voir «Tableau d'invalidité» ci-dessous).

TABLEAU D'INVALIDITE - EN ROUGE : LES TAUX DE LA GARANTIE IPT - EN GRIS : LES TAUX DE LA GARANTIE IPP

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %						33 %	36,6 %	40 %	43,3 %	46,4 %
20 %					36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %				36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %			33 %	40 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %			35,6 %	43,1 %	50 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74 %	79,4 %
60 %			37,8 %	45,8 %	53,1 %	60 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %			39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %			41,6 %	50,4 %	58,5 %	66 %	73,2 %	80 %	86,5 %	92,8 %
90 %		33 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90 %	96,5 %
100 %		34,2 %	44,8 %	54,3 %	63 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100 %

Par exemple : J'ai un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% et un taux d'incapacité professionnelle de 40%; donc, d'après le tableau ci-dessus, mon taux d'invalidité permanente partielle est de 58,1%.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le tableau d'invalidité ci-dessus).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction de l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

L'assuré sans activité professionnelle ne peut être couvert en IPP

Le taux d'invalidité peut être révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence, selon la formule de « Calcul de la prestation versée par l'Assureur » ci-dessous.

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur, celui-ci effectue le paiement partiel des échéances du prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA exigibles par rapport au dernier échéancier ou au dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance, et en fonction de la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives.

L'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- en fonction des quotités assurées, définies au titre des garanties facultatives
- au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances/ loyers pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail/LOA assuré est supérieur(e) à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré.

Calcul de la prestation versée par l'Assureur («T» représente le taux d'IPP reconnu à l'assuré) = $[(T - 33\%) / 33\%] \times (\text{montant de l'échéance de prêt ou du loyer de crédit-bail/LOA}) \times (\text{quotité assurée définie au titre des garanties facultatives})$

Dans tous les cas, la somme des prestations payées par l'Assureur au titre d'un même prêt ne peut excéder 100 % des échéances ou loyers.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte par l'Assureur.

La Valeur résiduelle du bien prévue au contrat de crédit-bail/LOA n'est pas couverte si l'état d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance. Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire.

L'Assureur cesse de verser les prestations :

- **à la date de cessation de la garantie**
- **en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;**
- **en cas de reprise du travail ;**
- **en cas d'indemnisation au titre de la garantie IPT (taux d'invalidité qui devient supérieur ou égal à 66 %) ;**

C. LA GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE MÉDICALE (IPM)

L'invalidité professionnelle médicale de l'assuré est appréciée par un médecin expert, désigné par l'Assureur, qui confirme l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession occupée au moment de la maladie ou de l'accident garantis par le contrat, en fonction des conditions normales d'exercice de la profession de l'assuré et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles.

Cette garantie ne peut être souscrite que si l'assuré exerce une profession médicale en France, c'est-à-dire la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Elle doit être souscrite au moment de l'adhésion ou, au plus tard, dans les 6 mois suivant la demande d'adhésion. Cette garantie peut être souscrite en complément de l'ITT et n'est pas compatible avec la souscription des garanties IPT ou IPP. Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie IPM, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

La réalisation du risque, qui doit intervenir avant la cessation de la garantie (voir Chapitre 3-3) entraîne le paiement par l'Assureur du capital restant dû, multiplié par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans les mêmes conditions que la garantie décès mais dans la limite de 2 500 000 €. Toutefois, si le capital restant dû excède 2 500 000 €, l'assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

Concernant le contrat de crédit-bail/LOA, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'IPM, la Valeur résiduelle du bien, multipliée par la quotité assurée définie au titre des garanties facultatives, dans la limite de 2 500 000 €. Si la Valeur résiduelle du bien excède 2 500 000 €, l'Assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. Toutefois, l'assuré reste couvert pour la Valeur résiduelle du bien et la somme des loyers restants dus (éventuellement excédante), au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs lors de sa demande d'adhésion.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, à la Valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail/LOA, de la Valeur résiduelle du bien.

D. LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (IS) AERAS

Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers et professionnels. L'invalidité se définit comme un état de réduction permanente des aptitudes de l'adhérent à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'invalidité.

Le taux d'invalidité spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une incapacité professionnelle attestée 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 et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- d'une incapacité fonctionnelle dont le taux est apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion ne sont pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité spécifique AERAS

L'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- en fonction des quotités assurées,
- au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances ou loyers exigibles pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré. Si l'échéance du prêt ou de loyer assuré est supérieure à 10 000 € par mois (ou 120 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 € (ou 120 000 € par an) par assuré en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail/LOA pendant une période d'IS AERAS ne peut être prise en compte par l'assureur. La Valeur résiduelle du bien prévue au contrat de crédit-bail/LOA n'est pas couverte si l'état d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

E. LA GARANTIE EXONÉRATION

Les garanties ITT, IPT (uniquement pour le versement sous forme de rente), IPP et IS AERAS sont assorties d'une garantie exonération. Dans le cadre de cette garantie exonération, lorsque l'assuré se trouve en état d'invalidité ou d'incapacité reconnue par l'Assureur, ce dernier remboursera les cotisations relatives aux garanties ITT, IPP, IPT et IS AERAS au-delà du délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, pendant toute la durée de prise en charge des échéances de ces garanties.

Les prestations ITT, IPT (en cas de versement des prestations sous forme de rente), IPP et IS AERAS cessent d'être versées pendant le

congé légal de maternité défini par la sécurité sociale, que l'assurée y soit affiliée ou non.

3. LES OPTIONS D'EXTENSION DE GARANTIE

A. OPTIONS ZEN ET ZEN+

Ces options ne peuvent être souscrites qu'au moment de l'adhésion en complément des garanties Décès/PTIA/IPT (avec ou sans IPP) ou Décès/PTIA/ITT/IPT (avec ou sans IPP), lorsqu'elles ont été choisies avec une franchise minimale de 90 jours et pour un capital assuré limité à un montant maximal de 500 000 €. Ces deux options ne sont pas compatibles avec la souscription de la garantie IPM.

Pour pouvoir être couvert au titre des garanties ZEN/ZEN+, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'invalidité ou l'incapacité de l'assuré sont prises en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes :

- 1 les affections du dos (voir le lexique) ;
- 2 les affections psychiatriques (voir le lexique). Avec l'option ZEN, la prise en charge intervient :
 - sans condition d'hospitalisation pour les affections du dos ;
 - avec une hospitalisation minimale de 6 jours pour les affections psychiatriques. Avec l'option ZEN+, la prise en charge intervient :
 - sans condition d'hospitalisation ni pour les affections du dos, ni pour les affections psychiatriques.

B. OPTION CONFORT

Cette option couvre les assurés Inactifs au moment du sinistre en prévoyant la prise en charge de l'ITT à hauteur de 100 % des loyers ou des échéances exigibles (contre 50% sans l'option) multipliés par la quotité définie au titre des garanties facultatives. L'option Confort ne peut être souscrite à l'adhésion que si l'organisme prêteur exige ce niveau de garantie. Elle s'applique dans les conditions suivantes :

- lorsque l'assuré qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile, ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques, bricolage, jardinage et gestion des affaires familiales et personnelles), cette incapacité étant temporaire, totale, continue, et reconnue par une autorité médicale compétente, alors l'Assureur prend en charge 100% de chaque échéance ou loyer exigible, multiplié par la quotité assurée dans les conditions prévues au Chapitre 1-2-A-I,
- pendant une période maximale allant jusqu'à 1 095 jours, et dans une limite mensuelle de 3800 €.

Le bénéficiaire des prestations est l'établissement prêteur.

C. OPTION SENIOR

Au moment de l'adhésion, une option Senior peut être souscrite permettant de couvrir l'assuré jusqu'à son 70ème anniversaire, pour les garanties PTIA, ITT, IPT (uniquement lorsque le versement des prestations a été choisi sous forme de rente), IPP, IPM ou IS AERAS.

Les options ZEN ou ZEN +, si elles ont été choisies à l'adhésion, sont maintenues jusqu'au 67ème anniversaire de l'assuré.

L'option SENIOR n'est pas compatible avec un mode de versement des prestations en capital (sauf dans le cadre de l'IPM).

D. FACULTÉ OFFERTE PAR LA GARANTIE SPORT PROFESSIONNEL

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie sport professionnel, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est couvert pour la pratique de sport à titre professionnel, ou rémunérée, ou s'il figure sur la liste des sportifs de haut niveau (liste telle

qu'arrêtée par le ministre français chargé des Sports et qui est en vigueur au moment du sinistre), que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements. L'assuré doit déclarer les sports pratiqués au préalable à BPSIs.

L'Assureur se réserve le droit d'accepter, de refuser totalement ou partiellement d'assurer les sports ainsi déclarés et/ou d'imposer une surprime pour cette garantie.

Cette faculté couvre uniquement les risques décès et PTIA.

4. COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE EMPRUNTEUR

La couverture complémentaire emprunteur est destinée aux personnes qui lors de l'octroi du prêt ont souscrit une « assurance emprunteur » au profit de l'organisme prêteur pour une quotité assurée inférieure à 100% et qui souhaitent prévoir le versement de prestations à un bénéficiaire autre que l'organisme prêteur.

Elle se décline en deux versions : Décès / PTIA seuls et Décès/PTIA/Incapacité/Invalidité.

A. COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE EMPRUNTEUR DÉCÈS/PTIA

Cette couverture est destinée aux personnes qui lors de l'octroi du prêt ont souscrit une « assurance emprunteur » pour les garanties Décès/ PTIA pour une quotité assurée inférieure à 100% et dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur.

Cette couverture permet à l'adhérent de compléter sa première couverture en garantissant à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur, en cas de décès ou de PTIA, le paiement du capital restant dû, ou de la Valeur résiduelle du bien en cas de crédit-bail/LOA, à hauteur d'une quotité correspondant au maximum au pourcentage non couvert par le contrat « assurance emprunteur ».

Elle peut être souscrite dans les 3 mois suivant la date de déblocage du prêt, que l'« assurance emprunteur » au bénéfice de l'organisme prêteur résulte de l'adhésion au contrat d'assurance emprunteur groupe souscrit par l'organisme prêteur, ou de l'adhésion au présent contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2.

Dans tous les cas, le total des garanties cumulées (garantie souscrite au bénéfice de l'organisme prêteur et couverture complémentaire) ne pourra pas excéder 100% du capital restant dû ou de la Valeur résiduelle du bien au titre du prêt ou du crédit-bail/LOA souscrit.

En cas de modification à la hausse de la quotité assurée au titre de « l'assurance emprunteur » dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, l'assuré doit informer BPSIs par écrit afin que puisse être ajustée le cas échéant la quotité assurée au titre de la Couverture Complémentaire Emprunteur.

Conditions de souscription de cette couverture :

- Cette couverture est réservée aux adhésions avec au moins deux co-emprunteurs, ayant chacun une quotité assurée au titre des garanties principales au profit de l'organisme prêteur inférieure à 100%
- Pour des prêts non professionnels
- Le capital emprunté doit être inférieur à 1 million €.

L'intégralité des dispositions de la présente notice relatives aux garanties Décès/PTIA est applicable à la Couverture Complémentaire Emprunteur Décès/PTIA.

Au jour du décès de l'assuré, le capital à verser au bénéficiaire désigné sera ainsi calculé : capital restant dû ou Valeur résiduelle du bien multiplié(e) par la quotité assurée au titre de cette couverture complémentaire Emprunteur Décès/PTIA sans que cette couverture et les garanties déjà souscrites au titre du prêt ne puissent excéder 100% du capital restant dû ou de la Valeur résiduelle du bien.

Le bénéficiaire est le co-emprunteur de l'assuré, à défaut le conjoint de l'assuré, non séparé de corps, ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité en vigueur à la date du décès, à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré, vivants ou représentés par parts égales, à défaut ses héritiers en proportion de leur part héréditaire, y compris les légataires universels. En cas de PTIA, le capital est versé à l'assuré lui-même.

Une modification du choix du ou des bénéficiaire(s) est possible en cours de contrat, à condition d'en faire la demande à BPSIs par lettre recommandée, à l'adresse suivante : BPSIs - service clients - 38 rue La Condamine - 75017 Paris, en mentionnant le nom de l'ancien ou des anciens bénéficiaires, la quotité concernée et le ou les noms, adresse, date et lieu de naissance des nouveaux bénéficiaires.

B. COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE EMPRUNTEUR DÉCÈS/PTIA/ INCAPACITÉ/INVALIDITÉ

Cette couverture est destinée aux personnes qui lors de l'octroi du prêt ont souscrit une « assurance emprunteur » au moins pour les garanties Décès/PTIA, ITT, IPT, IPP pour une quotité assurée inférieure à 100% dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur.

Cette couverture permet à l'adhérent de compléter sa première couverture en garantissant à des bénéficiaires autres que l'établissement prêteur le paiement des prestations à hauteur d'une quotité correspondant au maximum au pourcentage non couvert par le contrat « assurance emprunteur ».

Elle peut être souscrite dans les 3 mois suivant la date de déblocage du prêt, que l'« assurance emprunteur » au bénéfice de l'organisme prêteur résulte de l'adhésion au contrat d'assurance emprunteur groupe souscrit par l'organisme prêteur, ou de l'adhésion au présent contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2.

Dans tous les cas, le total des garanties cumulées (garantie souscrite au bénéfice de l'organisme prêteur et couverture complémentaire) ne pourra pas excéder 100% de l'échéance, du loyer, du capital restant dû ou de la Valeur résiduelle du bien au titre des garanties Décès/PTIA/ ITT/IPT/IPP du prêt souscrit.

En cas de modification à la hausse de la quotité assurée au titre de l'« assurance emprunteur » dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, l'assuré doit informer BPSIs par écrit afin que puisse être ajustée le cas échéant la quotité assurée au titre de la Couverture Complémentaire Emprunteur.

Conditions de souscription de cette couverture :

- Cette couverture est réservée aux adhésions avec au moins deux co-emprunteurs, ayant chacun une quotité assurée sur l'ensemble des garanties au profit de l'organisme prêteur, inférieure à 100%
- La quotité définie au titre des garanties facultatives de l'« assurance emprunteur » doit être inférieure ou égale à celle définie au titre des garanties principales
- Le capital emprunté doit être inférieur à 1 million €
- Pour des prêts non professionnels
- Le bénéficiaire des prestations PTIA/ITT/IPT/IPP est obligatoirement l'assuré
- L'assuré ne doit pas être Inactif ni au chômage au moment de l'adhésion
- La garantie IPT ne peut être choisie que sous forme de rente et peut être souscrite seule (en complément des garanties Décès/PTIA)
- La garantie ITT est indissociable de la garantie IPT La franchise minimum est de 90 jours

L'intégralité des dispositions de la présente notice relatives aux garanties Décès/PTIA, ITT, IPT, IPP est applicable à la Couverture Complémentaire Emprunteur Décès/PTIA/Incapacité/Invalidité.

La prestation est égale à la prestation définie pour les garanties Décès/PTIA, ITT, IPT, IPP du présent contrat multipliée par la quotité assurée au titre de cette couverture complémentaire sans que cette couverture et les garanties déjà souscrites au titre du prêt ne puissent excéder 100% du montant des échéances/loyers exigibles.

Les prestations seront versées :

Dans les limites prévues aux Chapitres 1-1, 1-2 et 1-3-B-C et D

En rente exclusivement en cas d'IPT (pas de paiement sous forme de capital)

Dans la limite d'une prestation totale égale à 100% de la mensualité du prêt en cours (et notamment après un éventuel remboursement partiel du prêt, la prestation est limitée aux montants effectivement dus à l'organisme de crédit au jour du sinistre).

Les options ZEN et ZEN + ne sont pas disponibles dans le cadre de cette couverture complémentaire.

Une modification du choix du ou des bénéficiaire(s) en cas de décès est possible en cours de contrat, à condition d'en faire la demande à BPSIs par lettre recommandée, à l'adresse suivante : BPSIs - service clients - 38 rue La Condamine - 75017 Paris, en mentionnant le nom de l'ancien ou des anciens bénéficiaires, la quotité concernée et le ou les noms, adresse, date et lieu de naissance des nouveaux bénéficiaires.

CHAPITRE 2 - CE QUE NE GARANTIT PAS VOTRE CONTRAT (EXCLUSIONS DE GARANTIE)

NE SONT PAS PRISES EN CHARGE AU TITRE DE VOTRE CONTRAT :

1. **LES CONSEQUENCES DES ACTES INTENTIONNELS, DES NEGLIGENCES VOLONTAIRES OU DES DISSIMULATIONS POUVANT CONDUIRE AU DECES, A L'INVALIDITE OU A L'INCAPACITE DE L'ASSURE NOTAMMENT DANS LES CAS SUIVANT :**
 - **LE SUICIDE DE L'ASSURE AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE QUI SUIV LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DE TOUTE MODIFICATION. Toutefois, il est couvert dans le cas des prêts qui sont destinés au financement du logement principal de l'assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 (article R.132-5 du code des assurances) ;**
 - **LES TENTATIVES DE SUICIDE, MUTILATIONS VOLONTAIRES OU FAITS INTENTIONNELS DE L'ASSURE OU D'UN BENEFICIAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE ;**
 - **LA CONDUITE DE L'ASSURE EN ETAT D'IVRESSE (CARACTERISEE PAR UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR AU TAUX MAXIMAL AUTORISE PAR LA LEGISLATION FRANCAISE EN VIGUEUR A LA DATE DU SINISTRE), QUEL QUE SOIT LE MOYEN DE TRANSPORT ;**
 - **L'USAGE DE STUPEFIANTS, DE DROGUES OU DE MEDICAMENTS A DES DOSES NON PRESCRITES MEDICALEMENT.**
2. **LES CONSEQUENCES DES ACTIVITES OU DES PRATIQUES SUIVANTES :**
 - **LA PARTICIPATION, A TITRE AMATEUR, AVEC OU SANS ENGIN A MOTEUR, A DES TENTATIVES DE RECORDS, DES EXHIBITIONS, DES ESSAIS PREPARATOIRES, DES ESSAIS**

DE RECEPTION, DES PARIS, DES DEFIS, AU BASE JUMP, SKY FLYING, WINGSUIT OU ROOFTOPPING.

SAUF DEMANDE DE L'ASSURE, ETUDE PAR L'ASSUREUR ET ACCEPTATION DES CONDITIONS PAR L'ASSURE, LES SPORTS OU ACTIVITES CITES CI-DESSOUS SONT EGALEMENT EXCLUS :

- LA PRATIQUE REGULIERE DES «SPORTS A RISQUES» TEL QUE CE TERME EST DEFINI
- AU LEXIQUE. Néanmoins, ces "sports à risques" sont couverts par le contrat dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité ; Les sports amateurs pratiqués par l'assuré au moment de l'adhésion et qui ne font pas partie des sports à risques sont couverts quelle que soit la garantie.
- LA NAVIGATION AERIENNE, ceci sauf si l'assuré (passager ou pilote) se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote qui possédait, d'une part, un brevet (pour l'appareil utilisé) et, d'autre part, une licence non périmée.
- LE SAUT A L'ELASTIQUE (hors baptême pour autant qu'il soit encadré par un professionnel habilité), LE SKY SURFING.
- LA PARTICIPATION, A TITRE AMATEUR, AVEC OU SANS ENGIN A MOTEUR, A DES RAIDS SPORTIFS (COURSE DE PLEINE NATURE SE DEROULANT GENERALEMENT PAR EQUIPE ET PENDANT PLUSIEURS JOURS, DANS UNE ZONE PEU ACCESSIBLE, ET COMBINANT DES DISCIPLINES SPORTIVES VARIEES), DES EXERCICES ACROBATIQUES.

3. LES CONSÉQUENCES D'ÉVÉNEMENTS ET ACTES SUIVANTS :

- LES FAITS DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES ; ÉMEUTES ; MOUVEMENTS POPULAIRES ; INSURRECTIONS ; ACTES DE TERRORISME (SI L'ASSURÉ Y A PRIS UNE PART ACTIVE) ; DÉLITS ; RIXES (SI L'ASSURÉ Y A PRIS UNE PART ACTIVE).
- Cette exclusion ne s'applique ni en cas de légitime défense, ni en cas d'assistance à personne en danger, ni dans le cadre de la profession déclarée à l'Assureur dans la demande d'adhésion et acceptée par lui ;
- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR ET D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME, TANT PAR FUSION OU FISSION, QUE PAR RADIATION IONISANTE OU AUTRES.
- Ces effets sont toutefois pris en charge en cas de dysfonctionnement d'instruments médicaux ;
- LA CONDAMNATION DU CO-EMPRUNTEUR OU DU BÉNÉFICIAIRE POUR AVOIR CAUSÉ VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

4. POUR LES GARANTIES ITT/IPP/IPT/IPM/IS AERAS

- LES ARRÊTS DE TRAVAIL NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;
- LES TRAITEMENTS OU INTERVENTIONS CHIRURGICALES À BUT ESTHÉTIQUE QUI NE SERAIENT PAS LA CONSÉQUENCE D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE ;
- LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES - À SAVOIR : SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NÉVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DÉLIRANTS, DÉPRESSIONS DE TOUTE NATURE, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION -, ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation

supérieure ou égale à 9 jours (délai réduit ou supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+) ;

- LES FIBROMYALGIES ET LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours ;
- LES AFFECTIONS DISCALES ET/OU VERTÉBRALES ET/OU RADICULAIRES, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation à temps complet et ininterrompue supérieure ou égale à 9 jours (délai supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+) ou en cas d'intervention chirurgicale, ou s'il s'agit de fracture ;
- LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR MOTIF AUTRE QU'ACCIDENT OU MALADIE ;
- LES SÉJOURS EN CURE THERMALE, EN MAISON DE REPOS, DE PLEIN AIR OU DE SANTÉ MÉDICALE POUR DES SOINS OU DES CURES ESTHÉTIQUES, DE RAJEUNISSEMENT, CLIMATIQUES, DIÉTÉTIQUES, D'AMAIGRISSEMENT, DE CONVALESCENCE, DE RÉÉDUCATION, DE DESINTOXICATION, DE SOMMEIL. La garantie est acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à une maladie ou un accident couverts par le contrat ;
- LES ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURÉ REFUSE DE SE SOUMETTRE À UN TRAITEMENT MÉDICAL RATIONNEL ET ADÉQUAT ;

5. POUR LES GARANTIES ITT/IPP/IPT/IPM

- LES SUITES ET CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS OU DES ÉVÉNEMENTS SUIVANTS : des accidents, maladies, invalidités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'assuré.

CHAPITRE 3 – LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1. CONCLUSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date d'effet de l'adhésion et des garanties est indiquée au certificat d'assurance et correspond à la date de conclusion de l'adhésion, sauf dans le cas où l'adhérent a indiqué sur la demande d'adhésion une «date d'effet souhaitée», qui est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion : la date d'effet de l'adhésion et des garanties correspond alors à la «date d'effet souhaitée».

Dans tous les cas, la prise d'effet de l'adhésion et des garanties dépend de l'existence d'un engagement de l'adhérent vis-à-vis de l'organisme prêteur, matérialisé par la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail/LOA ou de l'acte de cautionnement.

Cas de l'adhésion électronique : les parties conviennent qu'en cas d'adhésion électronique, les données conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix sous forme électronique valent signature par l'adhérent et l'assuré ; leur sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail/LOA ou de l'acte de cautionnement et après la date d'effet de l'adhésion, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt, de crédit-bail ou l'acte de cautionnement est consenti demeure.

2. DUREE DES GARANTIES

L'ensemble des déclarations effectuées par l'Adhérent et l'Assuré servent de base pour permettre à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir et de fixer les conditions de garantie et de prime adaptées qui sont proposées au contrat. Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur : les conditions tarifaires et de couverture sont irrévocables pendant toute sa durée.

Sous réserve du respect des dispositions du Chapitre 5-2, l'Assuré n'a donc pas à déclarer postérieurement à la signature de la proposition d'accord les modifications pouvant intervenir dans son activité professionnelle ou ses habitudes de vie - consommation de tabac, pratique d'activités sportives, déplacements à l'étranger -, sauf dans le cas où elles lui permettraient de bénéficier de conditions plus favorables.

Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier, conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'assuré, ou l'entreprise contractante le cas échéant, a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

Pour ce faire, il doit adresser sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard 15 jours avant le terme des 12 mois à BPSIs à l'adresse suivante : AVENIR NAOASSUR -Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou par e-mail à conseilsurav@suravenir.fr.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet 10 jours après la réception par BPSIs de la décision du prêteur, ou si elle est postérieure, à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

Il peut également demander la résiliation de son adhésion à l'expiration du délai de douze mois précité en adressant sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de son contrat correspondant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt immobilier, à BPSIs à l'adresse suivante : AVENIR NAOASSUR - Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou par e-mail à conseilsurav@suravenir.fr.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet à l'échéance annuelle.

Dans les deux cas, l'assuré, ou l'entreprise contractante le cas échéant, doit notifier la décision du prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance présenté en substitution, ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à BPSIs à l'adresse suivante : AVENIR NAOASSUR -Service Client - 38, rue la Condamine - 75017 Paris ou par e-mail à conseilsurav@suravenir.fr; En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

3. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- **Au terme du prêt, du crédit-bail/LOA ou du cautionnement**
- **à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties**
- **en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre**
- **le jour où l'assuré, admis comme représentant d'une personne morale, cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente**
- **en cas d'exigibilité du prêt ou du crédit-bail/LOA avant terme**
- **à la date de résiliation de l'adhésion**

Les garanties facultatives (ITT/IPT/IPP/IPM), la garantie PTIA et la garantie IS AERAS prennent également fin dans les cas suivants :

- **A la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire (sauf pour raisons médicales),**
- **En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite en vigueur à cette date.**

Et au plus tard ;

- **pour le risque Décès : au 90ème anniversaire de l'assuré**
- **pour le risque PTIA : au 65ème anniversaire de l'assuré (70ème anniversaire avec l'Option Senior)**
- **pour les garanties facultatives (ITT/IPT/IPP/IPM/ IS AERAS), au 65ème anniversaire de l'assuré (70ème anniversaire avec l'Option Senior)**

4. RENONCIATION

En cas de vente à distance ou de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'adhérent qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

La lettre de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à BPSIs – 38 rue La Condamine - 75017 Paris ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception envoyé à conseilsurav@suravenir.fr, rédigée selon le modèle de rédaction suivant :

«Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon d'adhésion au contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2.

Fait à....., le

Une copie de la lettre sera alors envoyée à l'organisme prêteur.

Les cotisations encaissées sont remboursées au plus tard dans un délai de trente (30) jours après réception de la lettre de renonciation.

5. TERRITORIALITE

Les garanties sont accordées dans le monde entier. Le décès doit être constaté par une autorité légale (Ambassade ou Consulat) de l'Union Européenne ou par une autorité reconnue par l'assureur.

Il est expressément stipulé qu'en cas de PTIA, ITT, IPP/IPT, IS AERAS et IPM, les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin établi en France. En cas d'impossibilité totale de l'assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin mandaté par l'Assureur. Les frais de déplacement de l'expert restent à la charge de l'assuré, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par le médecin expert.

En outre, il est rappelé que, selon les dispositions des conditions générales du contrat : seule la législation française reste applicable.

6. LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

L'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré.

Seul l'Assureur est habilité à fixer le taux d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale de l'assuré. Lorsque l'assuré subit un sinistre, l'adhérent, l'assuré ou l'ayant-droit doit le déclarer par courrier à l'attention du médecin-conseil de BPSIs - 38, rue La Condamine - 75017 Paris, et transmettre les pièces suivantes :

DANS TOUS LES CAS	<ul style="list-style-type: none"> Le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail/LOA en vigueur au jour du sinistre une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail/LOA ; pour tout bénéficiaire autre que l'organisme prêteur auprès duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail/LOA a été contracté, la pièce d'identité de ce bénéficiaire (carte d'identité, passeport, extrait Kbis...). <p>En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ; les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie... <p>En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.</p>
EN CAS DE DÉCÈS	<ul style="list-style-type: none"> L'acte de décès de l'assuré comportant l'indication de sa date de naissance ; si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire, ainsi qu'un acte de notoriété ; l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès, si le bénéficiaire est le partenaire d'un PACS ; le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès. un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès
EN CAS DE PTIA	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> la notification de mise en invalidité de 3ème catégorie pour les assujettis à la sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;
EN CAS D'ITT	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties ITT, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ou de repos complet ; l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ; l'éventuel avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin ; <p><u>Si l'Assuré est assujetti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> les décomptes de règlement des indemnités journalières de son régime obligatoire d'assurance maladie couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. À défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées sous réserve qu'elles précisent la subrogation. Les titres de pension de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie ou de rente au titre de la maladie professionnelle ou accident du travail ne sont pas éligible à l'ITT. <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Une attestation employeur précisant sa position au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. les indemnités journalières si l'Assuré relève du Régime Social des Indépendants, à défaut, un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'arrêt de travail ou le Titre de pension pour incapacité au métier. <p><u>Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> un ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant qu'il est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.
EN CAS D'IPT OU IPP	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin en cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'IPT ou l'IPP, la date de l'accident ou de début de la maladie, <p><u>Si l'Assuré est assujetti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> une copie de la notification par régime obligatoire d'assurance maladie de sa mise en invalidité de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66%. <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, une copie de l'arrêt de position administrative ou une copie du titre de pension ; <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.

	<ul style="list-style-type: none"> • une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive ; <p><u>Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par Pôle emploi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une ou des certificats médicaux (validité 3 mois) précisant les périodes d'incapacité à ses activités habituelles non professionnelles.
<p>EN CAS D'IS AERAS</p>	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IS AERAS, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une Attestation médicale d'Incapacité-Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin, • en cas de refus du médecin de compléter ce document, un certificat médical attestant la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité. <p><u>Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • une copie de la notification par son régime obligatoire de protection sociale d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ; <p><u>Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale si l'Assuré est salarié, un congé de longue maladie • une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, • une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension <p><u>Si l'Assuré est travailleur non-salarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • un certificat de non radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite. • une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive. • une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession
<p>EN CAS D'IPM</p>	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois* à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IPM, accompagnée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre. <p>L'assuré est soumis à un examen médical auprès d'un médecin indépendant choisi par l'Assureur, pour que ce dernier apprécie le bien-fondé de la mise en jeu de la garantie. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix ou opposer les conclusions de son propre médecin.</p>

*** Au-delà de ce délai, la prestation interviendra au plus tôt à la date de la réception de la déclaration de sinistre**

Par ailleurs :

- L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de réclamer des documents complémentaires pour mettre en œuvre les garanties.
- L'Assureur peut demander une expertise médicale supplémentaire :

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IPM et IS AERAS l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à un examen médical réalisé en France auprès d'un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur à cet effet. Les frais relatifs à l'examen médical sont à la charge de l'Assureur. L'assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix. En cas de refus par l'assuré de faire l'objet de cet examen médical, l'assuré est considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance. L'Assureur peut également procéder à tout contrôle alors que le sinistre est en cours de prise en charge. Les résultats de ce contrôle peuvent entraîner jusqu'à l'arrêt de l'indemnisation. L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin de l'assuré ou de tout autre organisme.

En cas de contestation par l'assuré de la décision de l'Assureur suite à une expertise médicale, l'assuré peut faire appel, à ses propres frais, à un médecin de son choix pour effectuer une contre-expertise. Si le désaccord subsiste, un troisième médecin (tiers expert) est nommé d'un commun accord par les deux experts déjà consultés. Lors de l'arbitrage, chaque partie prend en charge les frais du médecin le représentant. Quant aux honoraires et frais de nomination du tiers expert, ils sont réglés par moitié entre l'Assureur et l'assuré. À défaut d'accord entre les parties, le juge du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré (ou, si l'assuré n'est pas

domicilié en France, la juridiction compétente) procède à la désignation de ce tiers expert.

- Le règlement des prestations d'assurance intervient dans les dix (10) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires pour établir le bien-fondé de la demande de prise en charge ou de prolongation de la période de prise en charge.
- Dans la limite de la législation en vigueur, le règlement intervient sur le compte de l'organisme prêteur ou sur le compte de l'assuré ou du ou des bénéficiaire(s) désigné(s).

CHAPITRE 4 – VOS COTISATIONS

1. LE CALCUL DES COTISATIONS

L'adhérent a le choix entre des cotisations variables ou constantes.

- Cotisations variables : le montant des primes varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû
- Cotisations constantes : le montant des primes reste fixe pendant toute la durée du contrat. Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à mensualités constantes, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts à paliers.

Le choix s'effectue par l'adhérent au moment de l'adhésion et ne peut être modifié en cours de vie de l'adhésion.

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés et de la formule d'assurance choisie.

Concernant les contrats de crédit-bail/LOA, outre la situation et les garanties choisies, la cotisation est calculée sur le cumul de l'ensemble des loyers restant dus toutes taxes comprises auquel on ajoute la Valeur résiduelle du bien toutes taxes comprises.

L'échéancier des cotisations est fixé à l'adhésion:

- En cas de cotisations variables il détaille les cotisations annuelles qui évoluent tous les ans en fonction des caractéristiques du contrat de prêt ou de crédit-bail/LOA (capital restant dû, échéances ou loyers, Valeur résiduelle du bien...) et de l'âge atteint par l'assuré à la date anniversaire de l'adhésion. Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée du contrat.
- En cas de cotisations constantes, l'échéancier reste constant sur toute la durée du prêt.

Les taux de cotisations (en cas de cotisations variables) ou les cotisations (en cas de cotisations constantes) peuvent uniquement évoluer :

s'il y a changement de situation favorable à l'adhérent, sous réserve des dispositions du «2 - Changement de situation de l'assuré» du «Chapitre 5 : Informations générales» de la présente notice;

en cas de changement des taxes ou impôts applicables à l'adhésion.

2. LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Dans la limite de la législation en vigueur, chaque cotisation est payable par l'adhérent (terme à échoir) à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par BPSIs sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à BPSIs, dans un autre pays de la zone SEPA.

A la première cotisation sont ajoutés des frais d'adhésion à l'association "Le Collège Des Assurés", ainsi que des frais de dossier. Le montant de ces frais est indiqué sur la demande d'adhésion et sur le certificat d'assurance.

L'adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel, à condition que chaque prélèvement de cotisation soit supérieur à 20 € TTC.

Annuellement, à date anniversaire du contrat, des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des Assurés » sont prélevés par BPSIs avec les cotisations. Le montant de ces frais est déterminé chaque année par l'assemblée générale de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion et sur le certificat d'assurance.

En cours de vie du contrat, le montant des cotisations est majoré de frais de gestion lorsque le Gestionnaire doit traiter des opérations de rejet de prélèvement bancaire (10 €) ou de mise en demeure pour non-paiement (25 €) uniquement en cas de provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition au prélèvement.

3. LES CONSEQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations entraîne la résiliation de l'adhésion (dans les conditions prévues à l'article L113-3 du Code des assurances) ou bien l'exclusion de l'adhérent (dans les conditions prévues à l'article L141-3 du Code des assurances).

CHAPITRE 5 – INFORMATIONS GENERALES

1. CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

La convention AERAS permet aux assurés ayant ou ayant eu un problème grave de santé, non couvert par les garanties usuelles, de souscrire une assurance emprunteur selon des conditions spécifiques. Différents niveaux de risque sont prévus par cette convention, en fonction de leur gravité.

Si l'assuré présente un risque aggravé de santé, il peut notamment être garanti en fonction du degré de risque qu'il présente :

- Soit selon les conditions standards,
- Soit sous réserve de l'acceptation par l'Assureur selon une tarification spécifique.

2. CHANGEMENT DE SITUATION

Doivent être communiqués à BPSIs, sur l'espace client ou par courrier :

- les seuls changements de la situation professionnelle ou médicale de l'assuré qui pourraient entraîner une révision du tarif favorable à l'adhérent (voir Chapitre 3-2) ;
- tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec BPSIs, dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

A. MODIFICATION DU PRÊT SANS CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR

Avec l'accord de l'organisme prêteur, toute modification du prêt, du crédit-bail/LOA ou de l'engagement de caution couverts, doit être communiquée par l'Adhérent, dès que celui-ci en a connaissance, à BPSIs sur l'espace client ou par courrier. S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou d'une augmentation du financement pour une durée supérieure à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation est subordonnée à l'acceptation préalable de BPSIs, délégué en cela par l'Assureur ;

B. FACULTÉ OFFERTE PAR LE CONTRAT EN CAS DE CHANGEMENT D'ORGANISME PRÊTEUR

Dans les 10 ans qui suivent la prise d'effet du prêt et / ou de l'adhésion au contrat Avenir Naoassur Emprunteur Equivalence 2, l'adhérent peut souhaiter changer d'établissement de prêt à l'occasion d'une renégociation ou d'un rachat de crédit. Il peut alors conserver son contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2, si :

- l'affectation du prêt est identique,
- les conditions du prêt restent proches des conditions initiales (dans la limite d'une augmentation du montant des mensualités de 5% maximum),
- elles ne font pas passer l'assuré à un niveau de formalités médicales supérieur à celui fixé lors de l'adhésion.

La modification se fera aux mêmes conditions que l'adhésion initiale si elle a été acceptée sans majoration ni exclusion et fera l'objet d'un avenant au contrat qui formalisera la modification du bénéficiaire.

En présence de risques aggravés ou de nouveaux risques, une étude médicale spécifique sera effectuée sur la base de la ou des pathologie(s) déclarée(s) et pourra entraîner le cas échéant l'émission d'une nouvelle proposition d'accord et un avenant au certificat d'assurance.

Si la limite de montant est dépassée ou si la demande est présentée au-delà d'une période de 10 ans suivant la prise d'effet du prêt et/ou de l'adhésion au contrat d'assurance, l'assuré devra présenter une nouvelle demande d'adhésion.

Pour bénéficier de cette faculté, l'adhérent doit en faire la demande à l'Assureur au moment de la souscription du nouveau prêt ou de la renégociation du prêt initial.

3. DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L113-8 DU CODE DES ASSURANCES, « INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, ET SOUS RESERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L132-26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES PRIMES PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS ».

4. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui leur 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 ».

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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 paiement de l'indemnité ».

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

Informations complémentaires :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, qui sont prévues au code civil et qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer à l'adhésion, sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ; la demande en justice (article 2241) ; la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244) ; 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 prescrivait (article 2245) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (article 2246).

En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

5. RECLAMATIONS

En cas de réclamation portant sur l'adhésion, le contrat ou l'assurance, l'adhérent peut dans un premier temps contacter le courtier distributeur.

Si la réponse qu'il obtient ne le satisfait pas, il peut contacter le service client de BPSIs, gestionnaire de son contrat, à l'adresse suivante :

38, rue La Condamine - 75017 Paris

Enfin, si le désaccord persiste après la réponse définitive donnée par BPSIs, l'adhérent pourra demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement sa demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Par ailleurs, l'assuré peut aussi accéder à la plateforme européenne de Résolution en Ligne des Litiges à l'adresse suivante : <http://webgate.ec.europa.eu/odr>.

Les dispositions du présent paragraphe « 5 - Réclamations » sont sans préjudice des autres voies de recours légales, notamment le recours à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

6. TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement général pour la protection des données 2016/679, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par l'Assureur et le Gestionnaire ou leurs mandataires. Ce traitement est réalisé par l'Assureur et le Gestionnaire sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter leurs obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou lorsque cela est justifié par leurs intérêts légitimes.

Les traitements de vos données ont pour finalité : l'étude des besoins spécifiques de chaque demande, l'adhésion, l'évaluation des risques, la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, la personnalisation et le ciblage des offres commerciales afin d'améliorer la relation commerciale, la gestion des réclamations et contentieux, les opérations relatives à la gestion des adhérents, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude.

Le recueil de l'ensemble des données à caractère personnel sollicitées est obligatoire pour l'étude des demandes d'adhésion et la conclusion, la modification ou l'exécution du contrat. A défaut, les demandes ne pourront pas être étudiées et le contrat ne pourra être conclu, modifié ou exécuté.

Les données collectées pourront donner lieu à une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris par profilage, traitement qui est nécessaire à la conclusion et l'exécution du contrat aux fins de tarification et de sélection médicale pouvant entraîner, par exemple, des surprimes ou des exclusions de garanties. Les conditions d'acceptation

et les conditions tarifaires sont fixées conformément à la réglementation assurantielle en vigueur. Ces conditions portent notamment sur des critères actuariels, environnementaux ou comportementaux. Conformément à la réglementation en vigueur, vous avez le droit d'obtenir une intervention humaine s'agissant de ces décisions individuelles automatisées.

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

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

Le Gestionnaire et l'Assureur sont responsables conjoints du traitement des données en application du présent Contrat.

Les destinataires des données à caractère personnel sont, dans le strict cadre du respect des finalités énoncées ci-dessus : les personnels du Gestionnaire, de l'Assureur, de leurs prestataires, partenaires, mandataires, sous-traitants, réassureurs ou co-assureurs respectifs, les intermédiaires d'assurance, l'association souscriptrice du contrat d'assurance de groupe, les personnes intéressées au contrat ainsi que toute autorité administrative ou judiciaire habilitée ou plus généralement tout tiers autorisé pour satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

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

Les éventuels transferts de données effectués vers des pays situés en dehors de l'Union Européenne se font en respectant les règles spécifiques qui permettent d'assurer la protection et la sécurité des données à caractère personnel.

Vous disposez sur ces données d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité des données. Afin de garantir la sauvegarde de vos droits dans le cadre de la prise de décision individuelle automatisée, le Gestionnaire peut vous mettre à disposition sur simple demande les informations utiles concernant la logique sous-jacente ainsi que l'importance et les conséquences du traitement.

Par ailleurs, vous disposez également du droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits ou contester une décision individuelle automatisée soit par courrier à l'adresse suivante Délégué à la protection des données 38, rue La Condamine – 75017 PARIS soit par mail à dpo@bpsis.fr ou directement depuis l'Espace Client en ligne.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet suivant : www.suravenir.fr.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Naoassur emprunteur est une marque de BPSIs. BPSIs - SAS au capital de 125 131 €, société de courtage d'assurance et de réassurance RCS Paris 791 605 413 - N° ORIAS 13004515 - 38, rue La Condamine - 75017 Paris.

Le Collège des Assurés : association régie par la loi du 1er juillet 1901 et par les articles L.141-7 et R.141-2 et suivants du Code des assurances siège social : 38, rue La Condamine - 75017 Paris.

Suravenir, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 1 111 000 000 €. Société mixte régie par le Code des assurances - Siren 330 033 127 RCS Brest - Siège social : 232 rue du Général Paulet – BP103 – 29802 Brest Cedex 09

Suravenir est une société soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09).

7. CONTROLE

L'Assureur et BPSIs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

8. GENERALITES

Le contrat est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et le contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence 2 sont régis par le droit français, Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat relève de la compétence des juridictions françaises.

L'Assureur contribue annuellement aux ressources du fonds de garantie des assurances de personnes.

9. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et doivent être conformes aux dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104, codifiées aux articles L. 561-16 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat entrant dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment (art. R.561-16 du CMF), il peut bénéficier de mesures d'identification et de connaissance allégées des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré. En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé : que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

L'assuré, dès son adhésion et pour toute la durée de son contrat, s'engage à :

- respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
- se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- permettre à l'assureur et à son courtier de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à la première demande de l'un ou de l'autre toute pièce justificative qui serait nécessaire à :
- l'identification des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou, de représenter l'assuré,
- à la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds

ANNEXE – RAPPEL DE TEXTES

Article L. 113-2 du Code des assurances :

L'assuré est obligé : [...]

2° de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3° de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ; [...].

Article L. 113-3 du Code des assurances :

[...] A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Article L. 722-13 du code de la consommation :

A compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande, le délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa de l'article L.113-3 du Code des assurances, lorsqu'il est applicable, est porté à cent vingt jours pour les assurances ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt relevant du chapitre II du titre Ier du présent livre III et figurant dans l'état du passif et définitivement arrêté par la commission ou le juge. Le contrat d'assurance correspondant ne peut pas être résilié pendant la période de suspension et d'interdiction des procédures d'exécution et des cessions de rémunération définie à l'article L.722-2.

Article L. 113-4 du Code des assurances :

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'assuré ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition. [...]

Article L. 113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-12 du Code des assurances :

[...] Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une notification dans les conditions prévues à l'article L. 113-14 à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Lorsque l'assuré a souscrit un contrat à des fins professionnelles, l'assureur a aussi le droit de résilier le contrat dans les mêmes conditions. Dans les autres cas, l'assureur peut résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, à la condition d'envoyer une lettre recommandée à l'assuré au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de la notification. [...]

Article L. 113-12-1 du Code des assurances :

La résiliation unilatérale du contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle par l'assureur, dans les cas prévus au présent livre ou en application du premier alinéa de l'article L.113-12, doit être motivée.

Article L. 113-12-2 du Code des assurances :

Sans préjudice de l'article L. 113-12, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un prêt mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, l'assuré peut résilier le contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L.313-24 du même code. L'assuré notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. Si l'assuré fait usage du droit de résiliation mentionné au présent alinéa ou à l'article L. 113-12 du présent code, il notifie à l'assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique la décision du prêteur prévue au deuxième alinéa de l'article L. 313-31 du code de la consommation ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Ce droit de résiliation appartient exclusivement à l'assuré.

Pendant toute la durée du contrat d'assurance et par dérogation à l'article L.113-4, l'assureur ne peut pas résilier ce contrat d'assurance pour cause d'aggravation du risque, sauf dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'Etat, résultant d'un changement de comportement volontaire de l'assuré.

Article L. 113-14 du Code des assurances :

Lorsque l'assuré a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'assuré :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'assureur ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Article L. 141-3 du Code des assurances :

Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise

en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.