

Conditions générales

FR_00242 Jan2019_2

Préambule

Les présentes conditions générales valent notice d'information.

Les informations qui sont fournies dans la notice d'information sont de caractère commercial et sont valables sans limitation de durée, sous réserve que l'adhésion soit conclue, et hors changements légaux ou réglementaires. Elles ont pour objet de décrire les différentes garanties accordées par le contrat Naoassur emprunteur (contrat d'assurance à adhésion facultative) régi par le contrat d'assurance de groupe (ou « contrat collectif » ou « convention collective ») FR_00242 FICL et FR_00242 FACL souscrit par l'association « Le Collège des Assurés » pour ses adhérents auprès d'AXA France et, plus précisément :

AXA France VIE :

- dans tous les cas, pour la garantie décès ; et
- si la durée initialement prévue pour l'adhésion au contrat est de 60 mois ou plus, pour toutes les autres garanties également ;

AXA France IARD pour toutes les garanties autres que la garantie décès, si la durée initialement prévue pour l'adhésion au contrat est de moins de 60 mois.

AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre et **AXA France IARD**, S.A. au capital de 214 799 030 € immatriculée sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre - Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09, (ci-après dénommées ensemble « AXA » ou l'« Assureur ») en qualité d'Assureurs.

Dans les présentes conditions générales, AXA France 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 les présentes conditions générales, l'association « Le Collège des Assurés » est notamment désignée sous le terme « Association ».

Le gestionnaire du contrat Naoassur emprunteur au titre du contrat est, par délégation de l'Assureur, Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions, société de courtage d'assurance et de réassurance, SAS au capital de 148 424 euros dont le siège social est situé au 38, rue La Condamine 75017 Paris et immatriculée sous le numéro 791605413 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 les présentes conditions générales, le gestionnaire - Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions - est notamment désigné sous le terme BPSIS.

Le courtier distributeur est l'entité qui présente et/ou propose le contrat à l'adhérent. Il est précisé qu'il s'agit d'un intermédiaire en assurance autre que BPSIS.

Le contrat Naoassur emprunteur est constitué par les présentes conditions générales, la demande d'adhésion, le certificat d'assurance, les annexes et les différentes formalités d'adhésion (questionnaires, déclarations, rapport).

Dans les présentes conditions générales, le contrat est indifféremment appelé le « contrat », le « contrat AXA France Naoassur emprunteur », le « contrat Naoassur emprunteur ». Les annexes 1 à 5 font partie intégrante des présentes conditions générales. Les dispositions du « Lexique » ainsi que des chapitres préliminaire et 1 à 5 prévalent sur les dispositions des annexes en cas de contradiction ou d'incohérence.

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 : se lever, s'habiller, se laver, s'alimenter, se déplacer.

Adhérent : personne physique ou morale qui paye 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, 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.

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 les présentes conditions générales valant notice d'information qui sont remises à l'adhérent.

Co-emprunteur : personne qui signe, avec d'autres emprunteurs, un même crédit. Il est précisé, à titre purement informatif qu'en principe, 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 paye pendant toute la durée de son adhésion au contrat, afin d'être couvert par les garanties.

Crédit-bail : contrat de location d'une durée déterminée entre une entreprise 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 de crédit-bail ; sinon, il restitue le matériel ou négocie une prolongation du crédit-bail.

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 au jour du sinistre.

Incapacité fonctionnelle : diminution de la capacité de l'assuré à effectuer les actes ordinaires de la vie courante, le degré d'incapacité étant exprimé en taux et établi d'après le barème de droit commun du Concours médical en vigueur au jour du sinistre.

Incapacité professionnelle : diminution de la capacité de l'assuré à exercer la profession qu'il exerçait au moment du sinistre, le degré d'incapacité étant exprimé en taux, mesuré en fonction de l'activité professionnelle exercée, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement correspondant au niveau de formation et d'expérience professionnelle de l'assuré.

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, se trouve temporairement contraint, sur prescription médicale, au 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 et gestion des affaires familiales et personnelle).

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

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, doit être supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %, selon les dispositions des présentes conditions générales.

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, doit être supérieur ou égal à 66 %, dans les conditions prévues par les présentes conditions générales.

Organisme prêteur : le prêteur, personne physique ou morale. Il est précisé, à titre purement informatif, que le plus souvent, il s'agit d'une banque.

Chapitre préliminaire

Qui peut s'assurer ?

Toute personne :

- > contractant ou ayant déjà contracté un prêt amortissable ou in fine, un prêt à taux zéro, un prêt immobilier ou un prêt professionnel, un crédit-bail, un prêt relais ou étant caution d'un de ces prêts, d'une durée minimum de 12 mois, et d'une durée maximum de 360 mois (30 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 ;
- > âgée de plus de 18 ans et 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 est rédigé en français, libellé en euros, d'un montant minimum de 22 000 euros, et sans période de différé total – si elle existe – supérieure à 36 mois (sauf pour le prêt à taux zéro).
- > résidant fiscalement en France (départements 01 à 976 inclus, Saint-Barthélemy et Saint Martin)

Pour toute autre personne résidant :

- > sur tout autre territoire français, notamment en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie Française ou dans tout autre état
- > dans l'Espace économique européen (Union européenne + Islande, Lichtenstein, Norvège) ou en Suisse
- > dans tout autre état

le candidat à l'assurance doit s'adresser à BPSIs qui remettra le dossier du candidat à l'assureur. Les dossiers seront étudiés au cas par cas. Cette personne ne peut être assurée que pour les risques Décès et PTIA.

Chaque adhérent doit aussi être membre de l'Association.

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 les présentes conditions générales.

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

Sports à risques : Cette définition est applicable à l'ensemble des garanties du contrat d'assurance. Ils sont classés en quatre catégories :

- > 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 de ski alpin ou de fond, du monski 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, sont également des sports à risques, les sports équestres et de combat.

Surprime : supplément de cotisation en cas de couverture d'un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

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

L'Assureur se réserve le droit :

- > de demander toutes justifications ou examens complémentaires
- > de proposer 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 disposent alors d'un délai de quatre (4) mois à compter de la réception de cette proposition pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance, ce délai étant porté à six (6) mois en cas d'application de la convention AERAS.
- > de notifier un refus de prise en charge.

Attention : si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il en 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

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 90^e 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 mentionné sur le certificat d'assurance le montant indiqué sur le dernier tableau d'amortissement ou

échancier porté à sa connaissance, multiplié par la quotité assurée qui a été définie à l'adhésion pour chaque assuré.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge le montant des loyers restant dus au jour du décès (hors impayés), augmenté de la valeur résiduelle du bien.

Sauf stipulation expresse, le bénéficiaire de la prestation est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien.

L'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires afin de percevoir le capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, la totalité des loyers restant dus, augmentée de 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, la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien, 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 – pers physique (étant précisé qu'aux fins des présentes conditions générales, les « héritiers » sont les héritiers tels que définis au titre 1^{er} 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.

Garantie décès temporaire accident :

Le contrat intègre également une garantie décès temporaire accident. L'assuré en bénéficie en cas de décès survenu suite à un accident entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'émission de la proposition d'accord par BPSIs. Cette garantie temporaire cesse à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. **La garantie décès temporaire accident cesse automatiquement si l'adhérent ne donne pas suite à son adhésion et, au plus tard, soixante (60) jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.** La garantie décès temporaire accident est limitée à 300 000 € (trois cent mille euros).

En cas de réalisation du risque décès, le paiement par l'Assureur des sommes telles que prévues dans la proposition d'accord de BPSIs 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.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, même en cas d'incapacité, et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.

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 garanti par le contrat, l'Assureur paye les montants garantis figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou échancier porté à sa connaissance, multipliés par la quotité assurée qui a été définie à l'adhésion pour chaque assuré. Le capital restant dû est déterminé au jour où l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge, en fonction de la quotité assurée fixée à l'adhésion, la somme des loyers restant dus, augmentée de 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 échancier 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, pour la somme des loyers restant dus augmentée de 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, la totalité des loyers restant dus augmentée de 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, la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien, l'adhérent – personne physique – perçoit ce solde.

La réalisation du risque PTIA est assimilée au décès dans la mesure où le paiement, par l'Assureur, du capital restant dû ou des loyers restants dus augmentés de la valeur résiduelle du bien met fin à l'ensemble des garanties.

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 les présentes conditions générales. L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée au moment de l'adhésion aux garanties ITT/IPT.

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 :

- > 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, qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint, sur prescription médicale, au repos complet.

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, 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

L'échéance ou le loyer est calculé(e) par rapport aux caractéristiques du prêt ou du crédit-bail que l'adhérent a fournies dans la demande d'adhésion et en fonction du dernier échancier 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 lors de la demande d'adhésion et ce, durant toute la durée de l'incapacité, dans la limite de 1095 jours d'impossibilité totale et continue pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle ou d'obligation, sur prescription médicale, d'observer un repos complet. 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.

Pour les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge le paiement des loyers arrivés à échéance au terme de la période de franchise choisie et durant toute la durée de l'incapacité, dans la limite de 1095 jours d'impossibilité totale et continue pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle ou de repos complet.

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 payés par l'Assureur est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail, dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers et d'un plafond par assuré et par mois de :

- > 10 000 euros pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- > 3800 euros pour l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle au jour du sinistre.

L'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

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, à la totalité des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

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.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail 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 (non résiliée, âge limite non atteint).

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, pendant 180 jours, 50 % au plus des sommes dues au titre de l'ITT.

L'Assureur cesse les paiements :

- > en cas de reprise 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 n'observe pas un repos complet ;
- > en cas de prise en charge au titre des garanties PTIA ou IPT à la date de consolidation de l'état de l'assuré ;
- > dans tous les cas, à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67e anniversaire ;
- > au-delà de 1095 jours de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour invalidité permanente totale (IPT) est alors engagée si la garantie IPT est souscrite. L'option d'achat prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'ITT, d'IPT ou d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine ;
- > au terme du prêt ou du crédit-bail.

ii. La garantie Invalidité permanente totale (IPT)

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

Pour que la garantie soit mise en jeu, l'IPT doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67e anniversaire.

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 garantie par le contrat, et après consolidation de son état de santé, il présente une incapacité fonctionnelle physique ou mentale ainsi qu'une incapacité professionnelle. Le taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, doit être supérieur ou égal à 66 % (voir « Tableau d'invalidité » ci-après).

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, dans la limite de 2 500 000 euros. Si le capital restant dû est supérieur à 2 500 000 euros, l'assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

Tableau d'invalidité : (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 %

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, la somme des loyers restant dus assurés augmentée de la valeur résiduelle du bien dans la limite de 2 500 000 euros. Si la somme des loyers restant dus assurés augmentée de la valeur résiduelle du bien excède 2 500 000 euros, l'assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. L'assuré reste couvert pour la valeur résiduelle 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 déplaçonnement auprès de BPSIs.

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, à la totalité des loyers restants dus augmentée de 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, pour la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien.

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 les prestations d'assurance dues en fonction des quotités assurées et dans la double limite de 100 % du montant des échéances/loyers pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail assuré est supérieur(e) à 10 000 euros par mois (ou 120 000 euros par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré. L'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

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 pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte.

La garantie IPT cesse lorsque l'assuré atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67e anniversaire. La garantie cesse également dans le cas où l'état de l'assuré évolue en perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Dans ce dernier cas, l'Assureur intervient au titre de la garantie PTIA.

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 les présentes conditions générales.

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

Pour que la garantie soit mise en jeu, l'IPP doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67e anniversaire.

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 une incapacité fonctionnelle physique ou mentale ainsi qu'une incapacité professionnelle. Le taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, doit être supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 % (cf « Tableau d'invalidité » ci-dessous).

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 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.

Les échéances et les loyers sont pris en charge au prorata des jours d'invalidité.

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 par rapport au dernier échéancier ou au dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance, et en fonction de la quotité assurée pour chaque assuré.

Calcul de la prestation versée par l'Assureur
(« T » représente le taux d'IPP reconnu à l'assuré) :
$$\left[\frac{(T - 33\%)}{33\%} \right] \times \text{montant de l'échéance de prêt}$$

ou du loyer de crédit-bail x quotité assurée

La somme des prestations payées par l'Assureur au titre d'un même prêt ne peut excéder 100 % des échéances ou loyers.

L'Assureur prend en charge au minimum 50 % de l'échéance ou du loyer, multiplié(e) par la quotité assurée, même si la formule de calcul des prestations conduit à un résultat inférieur à ce minimum.

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

L'option d'achat prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'ITT, d'IPT ou d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire.

L'Assureur cesse de verser les prestations :

- > en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- > en cas d'indemnisation au titre de la garantie IPT (taux d'invalidité qui devient supérieur ou égal à 66 %) ;
- > dans tous les cas, à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire ;
- > au terme du prêt ou du crédit-bail.

c. La garantie Exonération

Les garanties ITT, IPT (uniquement pour le versement sous forme de rente) et IPP 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, l'adhérent ne paie pas les cotisations qui seraient dues au titre du contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'ITT, de l'IPT ou de l'IPP.

d. La garantie Invalidité spéciale professions médicales (IPM : Invalidité professionnelle médicale)

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, 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. La souscription de cette garantie n'est pas possible en cas de souscription d'une garantie 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 garantie IPM cesse lorsque l'assuré atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.**

La réalisation du risque entraîne le paiement par l'Assureur du capital restant dû, multiplié par la quotité assurée, dans les mêmes conditions de la garantie décès mais dans la limite de 2 500 000 euros. Toutefois, si le capital restant dû excède 2 500 000 euros, l'assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'IPM, la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien, multipliée par la quotité assurée, dans la limite de 2 500 000 euros. Si la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien excède 2 500 000 euros, l'Assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. Toutefois, l'assuré reste couvert pour la valeur résiduelle 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 déplaçonnement auprès de BPSIs.

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, à la totalité des loyers restants dus augmentée de 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, la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

3- Les options d'extension de garantie

a. Options ZEN / ZEN+

La souscription de ces garanties est optionnelle. Il s'agit d'une extension des cas pour lesquels l'assuré est pris en charge par l'Assureur au titre des garanties ITT/IPT/IPP. Ces options ne peuvent être souscrites que lorsque les garanties précitées ITT et/ou IPT ont été choisies lors de l'adhésion. Elles permettent d'être couvert, dans les conditions prévues au présent « a. Options ZEN/ZEN+ », sans condition, ou bien avec des conditions restreintes d'hospitalisation pour les affections mentionnées aux points 1 et 2 ci-dessous.

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 sports à risques amateur

La souscription de cette option permet à l'assuré d'être couvert pour la pratique régulière et/ou la compétition amateur des sports à risques au titre des garanties décès/PTIA ou ITT/IPT/IPP/IPM.

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

Pour cette garantie, les prestations versées par l'Assureur n'excèdent pas un capital assuré de 500 000 euros. Au-delà, il est nécessaire de faire une demande à l'Assureur pour obtenir une proposition particulière au cas de l'assuré.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR CETTE OPTION, QUELLE QUE SOIT LA GARANTIE : DANS TOUS LES CAS, SONT EXCLUS LES « SPORTS EXTRÊMES » – À SAVOIR : BASE JUMP, SKY SURFING, SKY FLYING, SAUT À L'ÉLASTIQUE, ZORBING, EXERCICES ACROBATIQUES – ET CE, POUR TOUTES LES GARANTIES DU

CONTRAT. Toutefois, le saut à l'élastique est couvert dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité.

Couverture décès/PTIA

L'assuré a la possibilité de choisir jusqu'à deux catégories de sport parmi les quatre proposées, afin d'être couvert en décès/PTIA. Il est alors couvert pour tous les sports figurant dans la ou les catégories de sports à risques qu'il a choisies :

- > 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 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.

COUVERTURE INVALIDITE ET/OU INCAPACITE

Concernant les garanties ITT/IPT/IPP/IPM au titre de l'option sports à risques amateur, l'assuré peut demander la couverture du ou des sports à risques amateur qu'il déclare pratiquer régulièrement ; il doit compléter lors de l'adhésion un questionnaire spécifique. L'Assureur peut proposer une tarification spéciale mentionnée dans la proposition d'accord.

EN CAS DE NON-DÉCLARATION DE LA PRATIQUE DES SPORTS CONCERNÉS OU DE REFUS DE LA PROPOSITION DE TARIFICATION FAITE PAR L'ASSUREUR, CES SPORTS SONT EXCLUS.

Dans tous les cas, la pratique exceptionnelle de ces sports (baptême), pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité, est couverte par le contrat.

c. Faculté offerte par le contrat 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 de haut niveau (liste telle qu'arrêtée par le ministre français des Sports en application des dispositions du chapitre I du titre II du code 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 et/ou d'imposer une surprime pour cette garantie.

Cette faculté couvre uniquement les risques décès et PTIA.

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 CONSÉQUENCES D'ACTES INTENTIONNELS, DE NÉGLIGENCE VOLONTAIRES OU DE DISSIMULATIONS POUVANT CONDUIRE AU DÉCÈS, À L'INVALIDITÉ OU À L'INCAPACITÉ DE L'ASSURÉ :

- > LE SUICIDE DE L'ASSURÉ AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIVRA LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DE TOUTE MODIFICATION (AUGMENTATION ÉVENTUELLE DES CAPITAUX OU REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT). 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'ASSURÉ OU D'UN BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE ;
- > LA CONDUITE DE L'ASSURÉ EN ÉTAT D'IVRESSE (CARACTÉRISÉE PAR UN TAUX D'ALCOOLÉMIÉ ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU TAUX MAXIMAL AUTORISÉ PAR LA LEGISLATION EN VIGUEUR À LA DATE DU SINISTRE), QUEL QUE SOIT LE MOYEN DE TRANSPORT ;
- > L'USAGE DE STUPEFIANTS, DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS À DES DOSES NON PRÉSCRITES MÉDICALEMENT.

2- LES CONSÉQUENCES DES ACTIVITÉS OU DES PRATIQUES SUIVANTES :

- > LA PRATIQUE RÉGULIÈRE DES « SPORTS À RISQUES » TEL QUE CE TERME EST DÉFINI AU LEXIQUE (sauf si l'option sports à risques amateur a été souscrite). Néanmoins, ces sports sont couverts par le contrat dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité ;

- > LA PARTICIPATION, À TITRE AMATEUR, AVEC OU SANS ENGIN À MOTEUR, À DES RAIDS SPORTIFS (COURSE DE PLEINE NATURE SE DÉROULANT GÉNÉRALEMENT PAR ÉQUIPE ET PENDANT PLUSIEURS JOURS, DANS UNE ZONE PEU ACCESSIBLE, ET COMBINANT DES DISCIPLINES Sportives VARIÉES), DES TENTATIVES DE RECORDS, DES EXHIBITIONS, DES ESSAIS PRÉPARATOIRES, DES ESSAIS DE RÉCEPTION, DES PARIS, DES DÉFIS, DES SPORTS EXTRÊMES (À SAVOIR : BASE JUMP, SKY SURFING, SKY FLYING, SAUT À L'ÉLASTIQUE, ZORBING, EXERCICES ACROBATIQUES) ;
- > LA NAVIGATION AÉRIENNE, 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.

3- LES CONSÉQUENCES D'ÉVÉNEMENTS ET ACTES SUIVANTS :

- > LES FAITS DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES ; ÉMEUTES ; MOUVEMENTS POPULAIRES ; INSURRECTIONS ; ACTES DE TERRORISME ; 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 QU'FISSION, QUE PAR RADIATION IONISANTE OU AUTRES. Ces effets sont toutefois pris en charge en cas de dysfonctionnement d'instruments médicaux ;
- > L'ASSURANCE N'EST PAS ACCORDÉE AU PROFIT DU BÉNÉFICIAIRE CONDAMNÉ POUR AVOIR CAUSÉ VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.

4- LES CONSÉQUENCES CONCERNANT LES ARRÊTS DE TRAVAIL ET L'INVALIDITÉ DANS LES CAS SUIVANTS :

- > LES ARRÊTS DE TRAVAIL NON PRÉSCRITS MÉDICALEMENT ;
- > LES TRAITEMENTS OU INTERVENTIONS CHIRURGICALES À BUT ESTHÉTIQUE QUI NE SÉRAIENT PAS LA CONSÉQUENCE D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE ;
- > LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES – A SAVOIR : SCHIZOPHÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NEVROTiques, 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 10 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 10 jours ;
- > LES AFFECTIONS DISCALES ET/OU VERTEBRALES ET/OU RADICULAIRES, sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 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 REÉDUCATION, 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 ADEQUAT ;
- > LES AFFECTIONS ANTERIEURES À LA DATE D'ADHESION AU CONTRAT ET NON DÉCLARÉES À L'ASSUREUR LORS DE L'ADHESION.
- > LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS NON DÉCLARÉS AVANT L'ÉMISSION DU CERTIFICAT D'ASSURANCE. Elles peuvent être garanties dès lors qu'après déclaration, elles ont fait l'objet d'une proposition d'accord par l'assureur.

CHAPITRE 3 : LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1- CONCLUSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date de conclusion de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'assurance. Cette date correspond à celle à laquelle l'adhérent et, si c'est une personne différente, l'assuré signent la proposition d'accord sous réserve que cette proposition, signée, soit remise à BPSIS ou, en cas d'adhésion électronique, enregistrée informatiquement.

La date d'effet de l'adhésion et des garanties est indiquée sur le certificat d'assurance et correspond à la date de conclusion de l'adhésion, sauf dans les cas suivants :

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 » ;

l'adhérent signe la proposition d'accord mais souhaite que la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties soit une autre date (que la date de conclusion de l'adhésion ou l'éventuelle « date d'effet souhaitée » indiquée sur la demande d'adhésion) : dans ce cas, la date d'effet de l'adhésion et des garanties est la date acceptée par BPSIS, délégué en cela par l'Assureur.

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 ou de l'acte de cautionnement.

Cas de l'adhésion électronique : par dérogation à l'article 1341 du code civil, les 6
convient qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme élect
conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix : valent signature par
l'adhérent et l'assuré ; leur sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de
leur identité et de leur consentement relatif 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 ou de l'acte de cautionnement, 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.

L'adhésion présente une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque année, à la date anniversaire de la conclusion de l'adhésion, sauf résiliation par l'adhérent. Ce dernier peut résilier son adhésion par lettre recommandée adressée à BPSIS – 38, rue La Condamine - 75017 Paris, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date de renouvellement. Une copie de la lettre de résiliation sera transmise par BPSIS à l'organisme prêteur. La résiliation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

En cas de cessation d'activité de BPSIS ou de l'Association, l'Assureur s'engage à maintenir à l'assuré l'intégralité des garanties dont il bénéficie à la date de cessation d'activité.

L'Assureur renonce expressément, vis-à-vis de l'adhérent, à se prévaloir de l'article L113-12 du code des assurances.

2- DUREE DES GARANTIES

LES GARANTIES SONT MAINTENUES DURANT TOUTE LA DUREE DE REMBOURSEMENT DU PRET OU DU CREDIT-BAIL.

3- CESSATION DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

Les garanties et le versement des prestations d'assurance cessent dans les cas de cessation indiqués au « Chapitre 1 : Ce que garantit votre contrat » des présentes conditions générales.

Dans tous les cas, les garanties et le versement des prestations d'assurance cessent avec la fin de l'adhésion.

L'adhésion peut prendre fin de manières différentes :

- > au terme du prêt, du crédit-bail ou du cautionnement ;
- > en cas d'exigibilité du prêt ou du crédit-bail avant terme ;
- > **lorsque la date limite de couverture est atteinte (le 90e anniversaire de l'assuré pour la garantie décès et son 67e anniversaire pour les autres garanties) ;**
- > **lorsque l'adhésion n'est pas reconduite, sur demande expresse de l'adhérent, à l'échéance annuelle ;**

6- La mise en œuvre des garanties

Lorsque l'assuré subit un sinistre, l'adhérent ou l'assuré 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

- > le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre ;
- > une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ;
- > pour tout bénéficiaire autre que l'organisme prêteur auprès duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail a été contracté, la pièce d'identité de ce bénéficiaire (carte d'identité, passeport, extrait Kbis...).

En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :

- > 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...

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

> **en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au « Chapitre 4 : Vos cotisations ».**

4- Renonciation

L'adhérent peut renoncer à l'adhésion dans les quatorze (14) jours suivant la date de réception de toutes les pièces contractuelles constitutives de l'adhésion, notamment le certificat d'assurance.

La lettre de renonciation ainsi que l'accord du ou des bénéficiaires doivent être adressés par lettre recommandée avec accusé de réception à BPSIS – 38, rue La Condamine – 75017 Paris. La lettre peut être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Naoassur emprunteur.
Fait à , le »
Signature de l'adhérent

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

La renonciation a un effet rétroactif ; l'adhésion est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées sont remboursées au plus tard dans un délai de trente (30) jours après réception de la lettre de renonciation.

La garantie décès est maintenue jusqu'à réception par BPSIS ou par l'Assureur de la lettre de renonciation.

En cas de vente à distance, l'adhérent bénéficie de la faculté de renonciation dans les mêmes conditions et selon les modalités ci-dessus.

5- Territorialité

Les garanties sont accordées dans le monde entier, sous réserve des dispositions du présent « 5 - Territorialité ».

Dans le cas d'un déplacement professionnel dans un pays déconseillé par le ministère français des Affaires étrangères ou dans le cas où l'assuré changerait de résidence pour devenir résident de tout pays autre que la France, une déclaration préalable auprès de BPSIS est nécessaire afin que les conditions de maintien des garanties soient déterminées par l'Assureur.

Il est expressément stipulé qu'en cas de sinistre, 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), un médecin expert peut être diligencé par l'Assureur sur le territoire étranger concerné. 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 :

- > 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 ;
- > seule la législation française reste applicable.

Cas particuliers de l'assuré frontalier à la France métropolitaine :

Il est accordé une extension territoriale des garanties ITT/IPT/IPP, au choix de l'adhérent, lorsque l'assuré :

- > réside en France métropolitaine mais exerce son activité professionnelle dans un pays frontalier ou au Royaume-Uni ; et
- > est affilié à un régime de sécurité sociale français ou, si le pays frontalier est la Suisse, à ce même régime ou au régime de base obligatoire helvète (LaMal).

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.
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 3^e catégorie pour les assujettis à la sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;
En cas d'ITT/IPT/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 ITT, IPT ou IPP, 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 ; > les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré.
En cas d'IPM	<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>

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 et IPM, 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 ou d'opposer les conclusions de son propre médecin. **En cas de refus par l'assuré de faire l'objet de cet examen médical, l'assuré et ses ayants droit sont considérés 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. 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. 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.

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 bénéficiaire. A titre exceptionnel, et sous réserve de l'accord de l'Assureur, le règlement intervient sur un autre compte, ouvert auprès d'un organisme situé dans un pays de la zone SEPA.

Chapitre 4 :

Vos cotisations

1- Le calcul des cotisations

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, 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 ; il détaille les cotisations annuelles qui évoluent tous les ans en fonction des caractéristiques du contrat de prêt ou de crédit-bail

(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.

Ils 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 » des présentes conditions générales ;
- > 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 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.

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 euros TTC.

3- Les conséquences 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 risques 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, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur ainsi que d'une tarification spécifique ;
- > soit dans le cadre d'une convention d'assurance spécifique souscrite par l'Association.

2- Changement de situation de l'assuré

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 ;**

- > toute modification du prêt, du crédit-bail ou de l'engagement de caution couverts, dès que l'adhérent en a connaissance. 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 ;
- > 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.

3- DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE

Une fausse déclaration, qu'elle soit ou non intentionnelle, entraîne un certain nombre de conséquences par rapport au contrat et à la couverture de l'assuré.

a. FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L113-8 DU CODE DES ASSURANCES, « INDEPENDamment DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, ET SANS 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 ».

b. Déclaration inexacte ou omission

Conformément à l'article L113-9 du code des assurances, « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

4- Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L.114-2 du Code des assurances

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

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

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

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

Article 2246 du Code civil

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

Article L.114-3 du Code des assurances

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

5- Réclamations

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante : AXA Santé et Collectives Direction Relations Clientèle TSA 46 307 95901 Cergy Pontoise cedex 9 en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. »

6- Informations sur l'utilisation de vos données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces

destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

7- Contrôle

L'Assureur et le gestionnaire 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- Lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme

L'Assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L562-1 et suivants du code monétaire et financier.

L'Assuré a certifié sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

9- Généralités

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 Naoassur emprunteur 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.

Annexe 1 – Fiche récapitulative des conditions d'éligibilité au contrat Naoassur emprunteur

	Age d'éligibilité à l'adhésion*	Date de cessation des garanties	France (départements 01 à 976, Saint-Barthélemy et Saint-Martin)	Frontaliers**	Autres territoires (sur étude de groupe de l'Assureur)
Décès	Moins de 85 ans	90 ^e anniversaire de l'assuré	▼	▼	▼
PTIA	Moins de 65 ans	67 ^e anniversaire de l'assuré	▼	▼	▼
ITT/IPT			▼	▼	
IPP			▼	▼	
IPM			▼		
Options ZEN et ZEN+			▼	▼	
Option Sports à risques amateur			▼	▼	▼

* Dans tous les cas, l'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'adhésion.

** Pour rappel, les « Frontaliers » sont les assurés qui :

- résident en France métropolitaine mais exercent leur activité professionnelle dans un pays frontalier ou au Royaume-Uni ; et
- sont affiliés à un régime de sécurité sociale français ou, si le pays frontalier est la Suisse, à ce même régime ou au régime de base obligatoire helvète (LaMal).

Annexe 2 – Fiche récapitulative des garanties

Formules	Garanties associées
Formule Essentielle	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
Formule Premium	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité permanente totale (IPT) > Invalidité permanente partielle (IPP) <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Formule Premium Médicale	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité professionnelle médicale (IPM) <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Formule à la Carte : ajoutez une ou plusieurs garanties au choix à votre Formule Essentielle (décès/PTIA)	<ul style="list-style-type: none"> > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité permanente totale (IPT) ou Invalidité professionnelle médicale (IPM)* > Invalidité permanente partielle (IPP)** <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Options	<ul style="list-style-type: none"> > ZEN > ZEN + > Sport professionnel

* L'IPT et l'IPM ne peuvent être souscrites ensemble.

** L'IPP ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie ITT et/ou IPT ; elle ne peut être souscrite avec une garantie IPM.

L'adhérent souhaitant une assurance au titre de la perte d'emploi peut s'adresser à BPSIs qui pourra éventuellement lui proposer un contrat distinct.

Annexe 3 – Tableau des classifications professionnelles

Classes	Professions
1	> Professions libérales et cadres, sans travail manuel ⁽¹⁾ , sédentaires ou avec des déplacements professionnels occasionnels ⁽²⁾
2	> Professions libérales et cadres sans travail manuel ou avec un travail manuel non dangereux ⁽³⁾ et/ou avec des déplacements professionnels fréquents ; > Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans sans travail manuel ou avec un travail manuel occasionnel non dangereux, et sédentaires
3	> Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans avec travail manuel dangereux ⁽⁴⁾ et/ou des manipulations dangereuses et/ou avec des déplacements professionnels fréquents
4	Professions répondant à l'un des critères suivants : > manipulation d'explosifs ou de substances toxiques ; > transport d'explosifs ou de matières dangereuses ; > travail en hauteur supérieure à 20 mètres ; > travail sur site dangereux ; > démolition ; > risques politiques ; > risques liés à des missions humanitaires ; > risques liés aux animaux sauvages ; > métiers de l'aviation, du pétrole / gaz, du nucléaire ; > chauffeurs routiers ; > guides de haute montagne ; > travail souterrain ou en galerie, travail de la mine, spéléologues ; > plongée et profession avec activité en mer, dockers ; > risques artistiques, intermittents du spectacle ; > sportifs professionnels et encadrants professionnels (en dehors des établissements scolaires ou universitaires) ; > professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaires, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers

(1) Sans travail manuel : pas de manutention, ni utilisation de machines ou outils

(2) Déplacements professionnels occasionnels : moins de 20 000 km par an en véhicule terrestre à moteur

(3) Travail manuel non dangereux : manutention de charges de plus de 3 kg mais moins de 10 kg et/ou nécessitant à titre occasionnel l'utilisation de machines ou d'outils

(4) Travail manuel dangereux : manutention de charges lourdes supérieures à 10 kg ou utilisation régulière de machines ou outils ou travail sur des postes situés en hauteur de moins de 20 mètres

Annexe 4 – Tableau récapitulatif des formalités médicales

Les prêts relais d'un montant inférieur ou égal à 300 000 € n'entrent pas dans le calcul des formalités médicales dès lors qu'ils sont accompagnés d'un prêt amortissable.

		AGE DE L'ASSURE			
		De 18 ans à 45 ans	De 46 ans à 60 ans	Au-delà de 60 ans	
CAPITAUX ASSURES	22 000 € à 300 000 €	Déclaration d'état de santé (DES)	Questionnaire de santé simplifié (QSS)	Rapport médical (RM)	
	300 001 € à 400 000 €	Questionnaire de santé (QS)		RM - Cardio 1	
	400 001 € à 500 000 €	RM - Sang 1		RM - Sang 1 - Urines - Cardio 1	
	500 001 € à 750 000 €	RM - Sang 2	RM - Sang 2 - Cardio 1	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	
	750 001 € à 1 000 000 €		RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA	
	Au-delà de 1 M€, joindre un dosage pondéral de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur. Au-delà de 1,5 M€, il est nécessaire de compléter la sélection financière.				
	1 000 001 € à 2 000 000 €	RM - Sang 2 - Urines	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA	
	2 000 001 € à 3 500 000 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1		RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA ou Mammographie	
	> 3 500 000 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - Mammographie	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - PSA ou Mammographie	

Validité des documents et examens :

- > Déclaration d'état de santé, Questionnaire de santé et Questionnaire de santé simplifié : 6 mois *
- > Rapport médical et tout autre examen : 1 an *

* dans le cas d'un risque aggravé, de nouveaux documents ou examens peuvent être demandés.

Pour vous permettre de réaliser ces formalités dans les meilleures conditions et **sans avance de frais**, nous vous invitons à contacter un centre médical partenaire. Ainsi, l'assureur prend en charge les honoraires médicaux, et les résultats parviennent

directement à notre médecin conseil. Si vous ne pouvez pas vous rendre dans l'un des centres que nous vous proposons ou si vous préférez effectuer ces formalités médicales auprès d'un praticien de votre choix, les frais engagés vous sont facturés. L'Assureur vous rembourse les honoraires médicaux correspondants (hors frais de déplacement), dans la limite des plafonds ci-dessous. Il vous suffit d'adresser vos notes d'honoraires originales à l'adresse suivante : AXA Santé et Collectives Direction Relations Clientèle TSA 46 307 95901 Cergy Pontoise cedex 9.

Informations importantes :

La compagnie AXA FRANCE prend en charge les frais médicaux engagés par l'assuré selon la grille de formalités et dans la limite des plafonds indiqués.

En cas d'acceptation du risque par la compagnie aux conditions normales, les honoraires sont remboursés sous réserve de l'adhésion effective au contrat d'assurance.

Examen	Plafond de remboursement par l'Assureur, TTC	Examen	Plafond de remboursement par l'Assureur, TTC
RM	115 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	410 €
RM - Cardio 1	200 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2	510 €
RM - Sang 1	190 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA	540 €
RM - Sang 1 - Urines - Cardio 1	300 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - Mammographie	600 €
RM - Sang 2	290 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3	650 €
RM - Sang 2 - Urines	310 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - PSA	700 €
RM - Sang 2 - Cardio 1	390 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - Mammographie	780 €

Montants augmentés de 31 € TTC en cas de test de cotinine

Examens :

Sang 1 : glycémie, triglycérides, cholestérol total + fraction HDL, créatinine, ALAT, ASAT, GGT, sérologie VIH 1 et 2.

Sang 2 : Sang 1 + hémogramme (hémoglobine, hématoците, numération globulaire et formule leucocytaire), numération des plaquettes et CRP, sérologie de l'hépatite C de type Elisa et marqueurs de l'hépatite B (AgHBs, AcHbs, AcHbc).

Cardio 1 : ECG au repos (tracé et compte rendu)

Cardio 2 : Cardio 1 + ECG à l'effort, sauf contre-indication, avec compte-rendu (ergométrie avec mention de la fréquence maximale atteinte).

Cardio 3 : Cardio 2 + échocardiographie avec compte-rendu.

Urines :

- > Analyse des urines par laboratoire avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes).
- > Dosage pondéral de la cotinine urinaire.

PSA : dosage de l'antigène spécifique de la prostate (pour les hommes uniquement).

Mammographie : compte-rendu d'une mammographie datant de moins de 6 mois (pour les femmes uniquement).

Annexe 5 – Rappel de textes

Pour rappel :

Article L113-2 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 inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur 13 jours avant le délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ; [...].

Article L113-3 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 L331-3-1 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 L113-3 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 I^{er} du présent livre III et figurant dans l'état du passif 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 au premier alinéa du présent article. [...]

Article L113-4 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 L113-12 du code des assurances :

[...] Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. 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 droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. [...]

Article L113-12-1 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 L113-12, doit être motivée.

Article L113-12-2 du code des assurances :

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 à l'article L312-2 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 L312-7 du même code. L'assuré notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. L'assuré notifie également à l'assureur par lettre recommandée la décision du prêteur prévue au sixième alinéa de l'article L312-9 du même code 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 L113-4, 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 L141-3 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.

Naosassur emprunteur est une marque de BPSIs. **BPSIs** – SAS au capital de 148 424 euros, 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 1^{er} juillet 1901 et par les articles L141-7 et R141 du code des assurances – siège social : 38, rue La Condamine – 75017 Paris.

AXA France Vie, S.A. au capital de 487 725 073 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre et **AXA France IARD**, S.A. au capital de 214 799 030 € immatriculée sous le numéro 722 057 460 RCS Nanterre - Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances et sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09.
