

**NOTICE D'INFORMATION
VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES
iNéo Emprunteur**

SOMMAIRE

1. LEXIQUE	3
2. CONDITIONS D'ADMISSION	4
3. OBJET DE L'ASSURANCE	4
4. CONTENU DES GARANTIES	5
4.1 Garanties Décès / P.T.I.A	5
4.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T)	5
4.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T)	5
4.4 Garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)	6
4.5 Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S)	7
5. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	7
6. PARTICULARITÉS	7
7. MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES	7
7.1 Les documents à adresser	7
7.2 Expertise médicale	8
7.3 Modalités de versement des prestations	8
7.4 Fausse déclaration en cas de Sinistre	9
8. EXCLUSIONS	9
9. DATE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES	9
9.1 Prise d'effet des garanties	9
9.2 Garantie Temporaire	10
9.3 Renonciation	10
9.4 Durée des garanties	10
9.5 Cessation de l'adhésion	10
10. COTISATION	11
10.1 Assiette de cotisation	11
10.2 Paiement de la cotisation	11
10.3 Non-paiement des cotisations	11
10.4 Irrévocabilité des cotisations	11
11. MODIFICATIONS EN COURS D'ADHÉSION	11
12. CONVENTION AERAS	11
13. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION	12
14. RÉCLAMATION–MÉDIATION	12
15. PRESCRIPTION	12
16. PROTECTION DES DONNÉES	13
ANNEXE	14

iNéo Emprunteur

NOTICE D'INFORMATION

La présente Notice d'information valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la Convention d'assurance de groupe souscrite par l'Association des Assurés iAssure auprès d'AXERIA Prévoyance référencée ADPCB-1020.

L'organisme assureur de la Convention est AXERIA Prévoyance, Compagnie d'assurance vie au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Félix Faure 69439 LYON CEDEX 03, RCS Lyon 350 261 129. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09. AXERIA Prévoyance est également désignée par le terme « Assureur » dans la présente Notice.

Le souscripteur de la Convention est l'Association des Assurés iAssure - association loi 1901 dont le siège social est situé 3 Rue Victor Schoelcher, 44800 Saint-Herblain. L'Association des Assurés iAssure est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire de la Convention est, par délégation de l'Assureur, Cbp France SAS au capital de 62 035 €, dont le siège social est situé au 3 rue Victor Schoelcher Bâtiments E et F 44800 Saint Herblain, RCS Nantes 863 800 868, ORIAS 07 009 030. Entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 - ci-après dénommée le Gestionnaire.

L'adhésion à la Convention ADPCB-1020 est constituée par la signature de la demande d'admission, la présente Notice et l'Attestation d'assurance remises à l'Adhérent.

La Convention est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances. La langue utilisée en cours de contrat est la langue française.

Pour faciliter la compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule est défini(e) au Lexique.

1. LEXIQUE

Accident :

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

Toutefois, sont considérées comme des Maladies et non comme des Accidents, les lésions organiques provoquées par un effort, les insola-tions, congélations et congestions.

Affection :

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Adhérent :

Désigne la personne physique qui adhère à l'Association et à la présente Convention et s'engage à payer les cotisations. L'Adhérent est l'Assuré.

Assuré :

Personne qui bénéficie des garanties du contrat. L'Assuré est inscrit sur l'Attestation d'assurance.

Attestation d'assurance :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la Convention et qui précise notamment : les garanties choisies, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des Franchises.

Bénéficiaire :

L'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'admission et éventuellement pour la garantie Décès, (la)les personne(s) physique(s) désignée(s) après accord de l'Organisme prêteur en cas d'avenant de cession.

Caution :

- La personne physique qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir,
- Le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, constatée par expertise médicale, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.

Délai d'attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties mentionnées sur l'Attestation d'assurance. **Ce délai s'applique uniquement aux prêts en cours au moment de l'adhésion et non assurés précédemment. Tout sinistre survenu pendant ce délai, ses suites et conséquences sont définitivement exclus des garanties.**

Franchise :

Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due. La Franchise est fixée à quatre-vingt-dix (90) jours.

Garantie Invalidité Spécifique (Invalidité Spécifique) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Spécifique si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle supérieure ou égale à 70%.

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T) :

● L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.

● L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la vie quotidienne.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité comprise entre 33% et à 66%.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 66%.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale com-

pétente.

Montant garanti :

Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la Quotité assurée.

Occupations de la vie quotidienne :

Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur :

Le prêteur, personne morale, mentionné sur la demande d'admission on ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

Etat qui place l'Assuré dans l'incapacité totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit ou accomplir l'ensemble des Occupations de la vie quotidienne. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Quotité assurée :

Pourcentage du capital emprunté assuré par le présent contrat choisi par l'Adhérent. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré. La Quotité assurée choisie est identique pour toutes les garanties.

Rechute :

Est considéré comme une rechute tout nouvel arrêt de travail ou tout nouvel arrêt des Occupations de la vie quotidienne résultant de l'Affectation initiale, toute aggravation de l'Affectation initiale ou toute apparition d'une nouvelle Affectation résultant du Sinistre initial.

Résidence :

Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de six (6) mois par année civile pour une personne physique et le lieu du siège social ou de l'établissement pour une personne morale. Correspond à la résidence fiscale.

Sinistre :

Événements donnant lieu à garantie au titre du Contrat lorsque celle(s)-ci est(sont) en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Spécifique.

2. CONDITIONS D'ADMISSION

Pour adhérer à la présente Convention, la personne à assurer doit :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins et de 84 ans au plus pour la garantie Décès et de 67 ans au plus pour les autres garanties, à la date de la demande d'admission,
- remplir les conditions de Résidence prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- être emprunteur, co-emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale,
- avoir contracté un emprunt ou être Caution d'un emprunt libellé en euros auprès d'un Organisme prêteur d'un montant minimum garanti supérieur à 17 000 euros et d'un montant maximum garanti de 5 000 000 euros. **Pour les prêts relais et les prêts in fine, ce montant est limité à 2 000 000 euros.**
- avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant.

Garanties	Conditions d'éligibilité en fonction du lieu de Résidence		
	France continentale, Corse	Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane	Union Européenne, Espace Economique Européen, Royaume-Uni
Décès	X	X	X
P.T.I.A	X	X	X
I.T.T	X		
I.P.T	X		
I.P.P	X		
Lieu de l'Organisme prêteur	L'Organisme prêteur doit être situé en France métropolitaine ou dans l'un des DROM suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane		

Seuls sont éligibles aux garanties du contrat, les types de prêts suivants :

- Les prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable, par échéances constantes, avec ou sans différé (total ou partiel) d'amortissement, à paliers, sans ou avec différé d'amortissement, d'une durée maximale (dont différé) de 360 mois
- Les prêts remboursables in fine d'une durée maximale de 360 mois
- Les prêts relais d'une durée maximale de 36 mois
- Les prêts à taux zéro.

Pour les prêts relais, seules les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) peuvent être souscrites.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra demander la communication :

- du tableau d'amortissement de l'emprunt,
- de l'acte de cautionnement lorsque la personne à assurer à la qualité de Caution.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier.

3. OBJET DE L'ASSURANCE

La Convention a pour objet de garantir, en fonction des garanties et de la Quotité assurée choisies par l'Adhérent, le versement par l'Assureur à l'Organisme prêteur :

- D'un capital en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou d'Invalidité Spécifique (G.I.S.) de l'Assuré,
- De tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) de l'Assuré.

Concernant la garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T), la Franchise est de quatre-vingt-dix (90) jours.

L'Adhérent a la possibilité de choisir une des formules de garanties détaillées ci-après lors de la demande d'admission :

- Formule 1 : Décès et P.T.I.A,
- Formule 2 : Décès, P.T.I.A, Invalidité Permanente Totale, et Incapacité Temporaire Totale,
- Formule 3 : Décès, P.T.I.A, Invalidité Permanente Totale, Incapacité Temporaire Totale, et Invalidité Permanente Partielle.

Les garanties sont définies dans les paragraphes suivants.

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées sur l'Attestation d'assurance.

4. CONTENU DES GARANTIES

Les garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues à l'article 8 « EXCLUSIONS » à moins que celles-ci n'aient fait l'objet d'un rachat mentionné sur l'Attestation d'assurance.

4.1 Garanties Décès / P.T.I.A

En cas de décès :

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre dans la limite du Montant garanti, à l'exclusion de toute autre somme.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Si l'Assuré décède à la suite d'un événement garanti avant que les fonds ne soient totalement débloqués, la garantie décès produira tous ses effets si le contrat de prêt stipule expressément que l'opération pour laquelle le prêt est consenti demeure.

Le Bénéficiaire du capital est l'Organisme prêteur désigné sur l'Attestation d'assurance.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie décès cesse au plus tard au 91^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) :

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de Consolidation de la P.T.I.A est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 7.2 « Expertise Médicale ».

Pour bénéficier de cette garantie, la P.T.I.A doit être consolidée au plus tard au 71^{ème} anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

4.2 Garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès / P.T.I.A et ITT.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui exerce de ma-

nière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de Consolidation de l'I.P.T est fixée par expertise médicale dans les conditions définies à l'article 7.2 « Expertise Médicale ».

Les éventuelles échéances impayées, intérêts divers (notamment intercalaires, de retard, autres), pénalités, indemnités de résiliation ne sont pas pris en compte dans l'indemnisation.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'I.P.T doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

4.3 Garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès/P.T.I.A et I.P.T.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur à l'issue du délai de Franchise les mensualités de remboursement venant à échéance telles qu'elles sont mentionnées au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite de la Quotité assurée.

La prise en charge de tout ou partie des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'I.T.T proportionnellement à cette durée.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet de la garantie.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La période de grossesse couverte par le congé légal de maternité, ou assimilé pour les non-salariées tel que prévu par le Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ; cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui sont sans emploi.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur versera pendant cent quatre-vingts (180) jours maximum, au prorata de la période indemnisée, les mensualités de remboursement venant à échéance à hauteur de 50% du Montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Toute Rechute dans soixante (60) jours de la reprise du travail ou des Occupations de la vie quotidienne sera considérée comme un seul et même Sinistre.

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Assureur et que la garantie I.T.T soit toujours en vigueur à la date de la Rechute, le service des prestations sera repris dès le 1^{er} jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré) ou des Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale physiquement ou mentalement d'exercer ses activités professionnelles ou d'accomplir les Occupations de la vie quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre ;
- à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- au plus tard au jour du 71^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales).
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 9.5 « Cessation de l'adhésion ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.T.T ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.T.T le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

4.4 Garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties I.T.T / I.P.T.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur verse les mensualités de remboursement venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur

à hauteur de 50 % du Montant garanti au titre de la garantie I.T.T, déterminé au jour du Sinistre.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié par rapport à l'activité professionnelle exercée par l'Assuré en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité, des possibilités d'exercice restantes et abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 % et 100 %, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

Pour l'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de ses Occupations de la vie quotidienne constatée médicalement, le taux d'invalidité permanente est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Éditions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.P doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), l'I.P.P doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des mensualités de remboursement s'applique pendant la durée de l'I.P.P proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- 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 Invalidité Permanente Totale ;
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 71^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée ;
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales (retraite pour inaptitude au travail), les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article 9.5 « Cessation de l'adhésion ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.P ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.P le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

4.5 Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès / P.T.I.A.

Elle est étudiée en remplacement de la garantie I.P.T lorsque cette dernière est refusée pour raison médicale.

En cas d'Invalidité Spécifique reconnue de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû à la date de reconnaissance de l'Invalidité Spécifique tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite de la Quotité assurée.

Pour qu'il y ait Invalidité Spécifique, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70%.

En cas de polyopathologies la cotation est additive c'est à dire qu'elle s'effectue en sommant les taux des différentes pathologies.

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

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.

Pour ouvrir droit à indemnisation, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée avant le 71^{ème} anniversaire de l'Assuré et en tout état de cause avant la mise en retraite de l'Assuré et avant qu'il ait atteint l'âge pour faire valoir ses droits à la retraite.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

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

5. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'ensemble des garanties décrites à l'article 4 « CONTENU DES GARANTIES » s'exercent dans le monde entier.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au présent contrat.

6. PARTICULARITÉS

Conditions de mise en œuvre des garanties lorsque l'Assuré à la qualité de Caution

Lorsque l'Assuré a la qualité de Caution d'un emprunteur personne physique, la garantie Incapacité Temporaire Totale peut être mise en œuvre uniquement si, au jour du Sinistre la Caution a été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

En présence de co-emprunteurs et co-Cautions

En cas de Sinistre simultané de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, les sommes versées par l'Assureur au titre d'un même prêt, ne pourront excéder les sommes restant dues à l'Organisme prêteur au jour du Sinistre telles que mentionnées au tableau d'amortissement.

Montant maximum de l'indemnisation :

Les prestations versées pour tous les prêts assurés dans le cadre de la présente Convention sont limitées pour un Assuré à :

- 5 000 000 euros au titre des garanties Décès / P.T.I.A, I.P.T et G.I.S.
- 333 € par jour, au titre des garanties I.T.T et I.P.P.

Il est par ailleurs rappelé que pour les prêts in fine et les prêts relais le montant maximum garanti par Assuré au titre de la présente Convention est fixé à 2 000 000 d'euros.

Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession :

Toute modification de la délégation de bénéfice ou la mise en place d'un avenant de cession, nécessitent au préalable le consentement écrit de l'Organisme prêteur.

7. MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique, l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les cent quatre-vingts (180) jours qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire de la Convention à l'adresse suivante Cbp France CS 20008, 44967 Nantes Cedex 9.

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Gestionnaire.

7.1 Les documents à adresser :

En cas de Sinistre, le médecin conseil du Gestionnaire pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que le Gestionnaire s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit,

devront communiquer au Gestionnaire avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

● **En cas de décès :**

- la copie intégrale de l'acte de décès ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- si l'Assuré a la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement ;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

● **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

- un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de Consolidation, à adresser au médecin conseil sous pli confidentiel ;
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- si l'Assuré à la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement ;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

● **En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale et d'Invalidité Spécifique :**

- l'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin ou, pour les salariés dépendant du régime général de la Sécurité Sociale, les décomptes d'indemnités journalières, les attestations de l'employeur et arrêtés de position administrative ou du comité médical départemental pour les fonctionnaires ;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie ;
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire, à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état ;
- en cas de Rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la

même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la Rechute ;

- la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé ;
- pour l'Invalidité Permanente Totale et la Garantie Invalidité Spécifique, une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de l'Invalidité Permanente Totale ou de l'Invalidité Spécifique,
- le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre ;
- la copie de l'offre de prêt ;
- pour l'Incapacité Temporaire Totale, si l'Assuré a la qualité de Caution de l'emprunteur, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné ;
- toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

7.2 Expertise médicale

L'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Spécifique (pour l'incapacité fonctionnelle) peut être contrôlé par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Assureur sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique.

L'Assureur par l'intermédiaire du Gestionnaire se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin que l'Assureur aura désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par le Gestionnaire sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

7.3 Modalités de versement des prestations

Les sommes dues sont payables après que le Gestionnaire ait réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au

profit de l'Organisme prêteur.

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et de l'Adhérent c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

7.4 Fausse déclaration en cas de Sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose l'Assuré et le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

En cas de Sinistre Décès, toute omission, réticence, fausse déclaration établie par l'Assureur dans les informations qui lui seront fournies expose le Bénéficiaire et les ayants droit à une déchéance de garanties, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

8. EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé (sous réserve de la réglementation relative au « droit à l'oubli » prévue par la Convention AERAS). Les garanties s'exercent cependant sur les suites et conséquences de Maladies et Accidents qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée sur l'Attestation d'assurance. Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du Délai d'attente, ainsi que leurs suites et conséquences.
- des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), de la participation active à des actes terroristes,
- des Accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu par la législation du Code de la Route en vigueur à la date de survenance de l'Accident
- de l'usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties Décès les Sinistres résultant et/ou provenant :

- du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation.
- Toutefois, pour les prêts destinés à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 euros (article R 132-5 du Code des assurances),
- d'Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

En complément des exclusions qui précèdent ne sont pas garantis au titre des garanties P.T.I.A, I.T.T, I.P.P, I.P.T et G.I.S, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radia-

tions provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de Maladie ou d'Accident garanti,

- d'une tentative de suicide de l'Assuré,
- du fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

Il appartient à l'Assureur d'établir que le Sinistre résulte et/ou provient d'une des causes d'exclusions précitées.

Exclusions relatives à la pratique des sports :

Sont exclus de toutes les garanties, les activités et sports suivants :

- les sports pratiqués à titre professionnel ou sous contrat rémunérés,
- les paris, défis, raids et tentatives de record de quelle que nature que ce soit
- de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française et agréée par l'Autorité de Tutelle,
- les vols sur ailes volantes,
- la planche à voile à plus de 1 miles des côtes,
- La randonnée en montagne en solitaire au-dessus de 3 000 mètres,
- La tauromachie

Sports exclus et rachetables :

La pratique des activités et sports suivants, même occasionnelle, est exclue de toutes les garanties. Elle peut être couverte à la demande de l'Assuré et sous réserve d'acceptation par l'Assureur, après étude préalable et application éventuelle de conditions particulières. Dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives listées ci-dessous ne s'appliquent pas.

- tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule à moteur (terrestre, nautique ou aérien) et/ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur),
- la pratique du saut à l'élastique, du canyoning, du rafting, de la spéléologie,
- la pratique des sports de neige, de montagne, de glace et d'alpinisme
- la pratique des sports de combat, d'arts martiaux
- la pratique équestre, de la chasse à courre,
- la navigation maritime et de la pratique des activités nautiques, de la plongée sous-marine

9. DATE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

9.1 Prise d'effet des garanties

L'adhésion à la Convention est soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur.

Les garanties prennent effet à la date choisie lors de votre demande d'admission, sous réserve du paiement de la première cotisation, et de la signature de l'offre de prêt ou de la signature de l'acte de cautionnement.

La date d'effet des garanties est indiquée sur l'Attestation d'assurance. Si la date d'effet correspond à la date d'acceptation de l'offre de prêt, en cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Dans tous les cas, les garanties prennent effet au plus tôt à la date d'ac-

ceptation des risques par l'assureur.

Délai d'attente

Pour les prêts déjà en cours au moment de l'adhésion et non précédemment assurés au titre des garanties souscrites au présent Contrat, un Délai d'attente de trois (3) mois est applicable lorsque les Sinistres ne résultent pas d'un Accident.

9.2 Garantie Temporaire

L'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire en cas de décès suite à un Accident survenant entre la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'admission et la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi de l'Attestation d'assurance, pour le cas où une offre de prêt a été remise. Le Montant garanti est égal au montant du capital indiqué dans la demande d'admission au titre de la garantie Décès dans la limite de 310 000 euros.

Cette garantie prendra fin dès que le Gestionnaire aura notifié à l'Adhérent l'acceptation de son adhésion concrétisée par l'envoi de l'Attestation d'assurance ou le refus de son adhésion. Elle cessera automatiquement si l'Adhérent ne donne pas suite à sa demande et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle le Gestionnaire réceptionne la demande d'admission.

9.3 Renonciation

Délais de la renonciation

Si l'adhésion à la Convention résulte d'un démarchage à domicile :

Les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9-I. du Code des assurances s'appliquent :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.(...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation ».

Ce délai est porté de quatorze (14) à trente (30) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, telle que définie à l'article 9.1.

Si l'adhésion à la Convention est réalisée à distance (internet) :

Si l'adhésion à la Convention été effectuée à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurances), conformément à l'article L 112-2-1 du code des assurances, il est possible de renoncer à l'adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'émission de la demande d'admission);
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a. »

Dans tous les autres cas :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, telle que définie à l'article 9.1.

Modalités de renonciation

Dans tous les cas, pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit avoir obtenu l'accord écrit de l'Organisme prêteur. Il doit notifier sa décision de renonciation à

Cbp France
CS 20008 - 44967 NANTES Cedex 9

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que l'Adhérent transmette sa décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de trente (30) jours susmentionné.

L'Adhérent peut utiliser le modèle de formulaire de renonciation ci-après mais ce n'est pas obligatoire :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer au contrat INEO EMPRUNTEUR ADPCB-1020 n°..... que j'ai souscrit le par l'intermédiaire du cabinet.....
Fait à le signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ».

Effets de la renonciation

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existée. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre.

La garantie Décès est acquise jusqu'au remboursement correspondant au montant de la cotisation remboursée et au plus tard, jusqu'au 30^{ème} jour suivant la date d'effet des garanties.

Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation.

9.4 Durée des garanties

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire à la date anniversaire de la prise d'effet des garanties pour autant que l'adhésion soit toujours en vigueur.

9.5 Cessation de l'adhésion

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties et aux droits à indemnisation.

L'adhésion cesse :

De plein droit :

- au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme
- dès que l'Adhérent a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion
- dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou de Caution
- lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations et au plus tard à son 91^{ème} anniversaire.

A l'initiative de l'Adhérent :

f) Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation : à tout moment dans un délai de douze (12) mois à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113-12-2 du Code des assurances. La demande de résiliation doit être adressée au Gestionnaire par courrier recommandé au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois susmentionnée.

L'Adhérent doit notifier également au Gestionnaire par courrier recom-

mandé la décision expresse de l'Organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution (article L 313-31 du Code de la consommation).

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des 2 dates suivantes :

- soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur ;
- soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par le prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

g) à l'échéance annuelle par l'envoi d'un courrier recommandé adressé au Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant ladite échéance avec l'accord express de l'Organisme prêteur.

A l'initiative de l'Assureur :

h) en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues à l'article 10 « COTISATION »

i) en cas de fausse déclaration, conformément à l'article 13 « SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION ».

10. COTISATION

Les garanties et options de l'adhésion sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

10.1 Assiette de cotisation

L'assiette de la première cotisation correspond au Montant garanti initial pour chaque Assuré et au capital restant dû garanti à la date anniversaire de la date d'effet, pour les cotisations suivantes.

La cotisation d'assurance est déterminée en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'effet de l'assurance, pour la première année de cotisation et, les années suivantes, de l'âge de l'Assuré à la date anniversaire de la date d'effet.

Tout changement du taux des taxes applicables au contrat, toute instauration de nouvelles impositions applicables au contrat ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable au contrat entraînera une modification du montant de la cotisation.

10.2 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

10.3 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix (10) jours qui suivent son échéance, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées trente (30) jours après son envoi, les garanties sont suspendues. À défaut de paiement, le contrat est résilié de plein droit et sans autre formalité dix (10) jours après expiration de ce délai de trente (30) jours. L'Organisme prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

10.4 Irrévocabilité des cotisations

Sous réserve de l'exactitude des déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré, la cotisation est irrévocable pendant toute la durée de l'adhésion sauf dans les cas suivants :

- Changement du taux des taxes applicables au contrat, instauration de nouvelles impositions applicables au contrat ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable au contrat,
- Modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement nécessitant l'émission d'un avenant au contrat,
- A la demande de l'Assuré, en cours d'adhésion, pour garantir la pratique de sports exclus et rachetables.

11. MODIFICATIONS EN COURS D'ADHÉSION

Le contrat est établi d'après les déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré lors de la demande d'admission.

En cours de contrat, les changements intervenus dans la situation des Assurés n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Toutefois, si en cours de contrat, l'Adhérent souhaite garantir une pratique sportive exclue (article 8) ou si les conditions de la pratique sportive déclarée garantie évoluent, une acceptation préalable de l'Assureur sera nécessaire.

Afin de procéder à la mise à jour du contrat, l'Adhérent doit communiquer au Gestionnaire par écrit, dès qu'il en a connaissance, toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation...).

Toutes modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées au Gestionnaire sont inopposables à l'Assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.

L'Adhérent doit également informer le Gestionnaire dès qu'un Assuré fait valoir ses droits à la retraite dans le cas où il ne poursuit pas de manière effective une activité professionnelle rémunérée.

En ayant adhéré à la Convention via un processus dématérialisé ou en communiquant au Gestionnaire son adresse électronique personnelle, l'Adhérent accepte que les informations relatives à l'exécution du contrat soient transmises à cette adresse. L'Adhérent peut à tout moment, par écrit, demander au Gestionnaire de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Adhérent doit ainsi que les Assurés, avertir le Gestionnaire dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

12. CONVENTION AERAS

(S'assurer et Emprunter Avec un Risque Aggravé de Santé)

Les demandes d'admission des candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé, qui ne peuvent pas souscrire les garanties du contrat aux conditions standard avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), sont alors examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS. Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

13. SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

ATTENTION : Conformément aux articles L 113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours de contrat est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par l'Organisme assureur et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

Article L113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

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

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

Article L 113-9 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 aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

14. RÉCLAMATION—MÉDIATION

Indépendamment du droit d'engager une action en justice, après avoir contacté son conseiller habituel, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire, est invité, si la réponse reçue ne le satisfait pas, à adresser sa réclamation au service Réclamation de Cbp France :

- soit par courriel envoyé à : cbp.reclamations@cbp-group.com
- soit par courrier adressé à : Cbp France - Service Réclamations - CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9.

Le Service Réclamation accusera réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum d'un mois suivant sa date de réception.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra demander au Service Réclamation de Cbp France la communication de la position définitive de l'Assureur sur le litige. Celle-ci lui sera alors communiquée dans un délai maximum d'un mois.

Médiation :

Si le désaccord persiste suite à la position définitive communiquée par l'Assureur sur le litige, l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire peut, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel à la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur examinera le litige uniquement si toutes les voies de

contestation prévues par le contrat, et détaillées ci-dessus, ont été préalablement épuisées et que l'Assureur a communiqué sa position définitive sur le dossier.

L'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire devra adresser sa requête, accompagnée des pièces du dossier, des échanges concernant le litige et de la position définitive de l'Assureur, à la Médiation :

- soit par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance
- soit par courrier adressé à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50100-75441 Paris cedex 09.

Si l'adhésion a été faite à distance par Internet, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

15. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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 prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

16. PROTECTION DES DONNÉES

Les données à caractère personnel recueillies par Cbp France sont indispensables, y compris les données de santé, au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, Cbp France et l'Assureur mettent en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à leurs obligations légales Cbp France et l'Assureur mettent également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Assureur et à Cbp France en tant que responsables de leurs traitements et à leurs sous-traitants.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le Délégué à la protection des données par mail à l'adresse cbp.protectiondesdonnees@cbp-france.eu ou par courrier à l'adresse Cbp France, Service réclamations, 3 rue Victor Schoelcher, 44800 Saint-Herblain

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage

téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Assureur et Cbp France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

ANNEXE

BARÈME D'INVALIDITÉ

Le taux d'invalidité permanente attribué à l'Assuré est déterminé selon le barème ci-dessous, en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle qui lui sont reconnus par expertise médicale :

Taux professionnel	Taux fonctionnel									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20					36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30				36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40			33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50			35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60			37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70			39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80			41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90		33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100		34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

↓

Le taux contractuel est inférieur à 33%.

L'Assuré n'est pas garanti.

↓

Le taux contractuel est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%

L'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle

↓

Le taux contractuel est supérieur ou égal à 66%

L'Assuré est en Invalidité Permanente Totale

