

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT Décès / PTIA / ITT / INV NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT PERTE D'EMPLOI

Ces contrats relèvent des branches 1, 2 et 20 du Code des assurances.
Ces contrats sont régis par les lois, le Code des assurances et la réglementation en vigueur.

Le Prêteur a souscrit pour son compte et celui de ses emprunteurs, des contrats d'assurance de groupe souscrits auprès de compagnies d'assurances ci-après dénommées "l'Assureur". Les risques Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont garantis en coassurance par CNP Assurances (apréteur) et PREDICA pour une quote-part de 50 % chacun, les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Totale et Perte d'emploi sont assurés intégralement par CNP IAM.

La coassurance sur les risques Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie n'est pas solidaire.

I. CLAUSES COMMUNES AUX DEUX CONTRATS

1. OBJET DES CONTRATS ET DEFINITIONS

Les contrats ont pour but de vous couvrir contre la survenance des risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Totale (INV) et, selon le choix de l'Assuré, de Perte d'emploi par le versement au Prêteur des prestations prévues aux contrats. Toutefois, vous bénéficiez uniquement des garanties demandées sur votre demande d'adhésion et acceptées par l'Assureur ou le cas échéant des garanties accordées par l'Assureur.

Pour l'exécution des présents contrats, les définitions suivantes sont retenues :

Accident : l'Accident s'entend de toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré : est ainsi dénommé tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du présent contrat d'assurance a pris effet.

Candidat à l'assurance : est ainsi dénommée, toute personne ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent contrat d'assurance groupe mais pour laquelle les garanties n'ont pas encore pris effet. Lorsque l'assurance a pris effet, cette personne est dénommée « l'Assuré » ; il s'agit de l'emprunteur, du coemprunteur et de leur(s) caution(s).

Emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur.

Prêteur : est ainsi dénommée la Caisse Régionale du Crédit Agricole ou sa filiale qui a consenti le prêt.

Délai de franchise pour la garantie ITT : période d'interruption continue d'activité de 90 jours, au titre de laquelle aucune prestation n'est due.

Délai de franchise pour la garantie Perte d'emploi : période d'indemnisation continue par Pôle emploi d'une durée de 90 jours, au titre de laquelle aucune prestation n'est due.

2. PRETS ET PERSONNES ASSURABLES

Sont assurables dans le présent contrat les prêts immobiliers, les prêts à la consommation d'un montant > 50 000 €, les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables.

Vous pouvez adhérer au présent contrat si vous êtes :

- emprunteur personne physique,
- coemprunteur ou caution personne physique,
- dirigeant de droit ou associé de personne morale emprunteuse.

Et si vous êtes âgé, lors de la signature de votre demande d'adhésion, d'au moins 12 ans et de :

- moins de 70 ans pour les garanties Décès et PTIA
- moins de 60 ans pour les garanties ITT et INV,
- moins de 50 ans pour la garantie Perte d'emploi.

Les emprunteurs effectuant un investissement immobilier à caractère locatif et les primo-accédants peuvent renoncer à la garantie ITT/INV. Ce choix est exercé lors de l'adhésion et est définitif pour toute la durée du prêt.

3. QUOTITE D'ASSURANCE

L'assurance repose sur la tête de chaque Assuré selon la quotité indiquée par chacun sur sa demande d'adhésion, sans que la garantie puisse pour chaque Assuré être supérieure à 100 % du montant du prêt. La quotité ITT/INV ne peut être inférieure à la moitié de la quotité décès.

En cas de sinistre, les prestations Décès, PTIA, ITT et INV seront déterminées au prorata de la quotité assurée.

La prestation versée pour la garantie Perte d'emploi est toujours égale à 50% de l'échéance dans la limite indiquée à l'article 27.2.

4. TERRITORIALITE

Les garanties s'exercent dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés aux articles 21.2, 21.3, 21.4, 21.5 et 27.1. Si l'Assureur demande une visite médicale, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

5. PRIMES D'ASSURANCE

5.1. MONTANT DE LA PRIME

La couverture des risques garantis est accordée moyennant le paiement par l'Assuré au Prêteur, d'une prime d'assurance. La prime annuelle est déterminée par l'application d'un taux appliqué au montant du capital initial (assiette) au titre du ou des prêt(s) indiqué(s) dans la demande d'adhésion (ou sur le plafond autorisé pour les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables).

Les conditions tarifaires sont indiquées dans le contrat ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'assurance est souscrite en cours de prêt.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Temporaire Totale, de l'Invalidité Totale ou de la Perte d'emploi ne suspend pas l'obligation de paiement de vos primes d'assurance.

Dans le cas d'un remboursement anticipé partiel, le montant de l'assiette de prime est diminué du montant du capital remboursé pour le calcul des primes suivantes.

La cessation contractuelle des garanties PTIA, ITT et INV ne diminue pas le montant de la prime due, celle-ci étant nivelée sur toute la durée de l'assurance.

5.2. MODALITES DE PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur distinctement de l'échéance de prêt notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion.

En cas de non paiement des primes, le Prêteur peut exclure définitivement l'Assuré conformément à l'article L. 141-3 du Code des Assurances. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

6. BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le Prêteur est bénéficiaire acceptant des prestations garanties à concurrence des sommes qui lui sont dues, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du (des) prêt(s). Le surplus éventuel est versé à vos héritiers en cas de décès, et à vous-même en cas de PTIA. Lorsque l'emprunteur est une personne morale, le surplus est reversé à la personne morale.

7. INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES RELATIVES A LA VENTE A DISTANCE

- Le contrat est assuré par :
CNP Assurances - Société Anonyme au capital de 643 500 175 € entièrement libéré, 341 737 062 RCS Paris, et CNP IAM. - Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré, 383 024 189 RCS Paris - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15,
Et PREDICA, S.A. au capital de 915 874 005 € entièrement libéré. 334 028 123 RCS Paris. Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 PARIS.
Entreprises régies par le Code des assurances.
L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), 61 rue Taitbout 75009 Paris, est chargée du contrôle des assureurs.
- Le montant minimum de la prime est indiqué dans le contrat ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'Assurance est souscrite en cours de prêt.
- La durée de l'adhésion est fixée à l'article 16 « Durée de l'adhésion - Cessation des garanties de votre contrat ». Les garanties proposées à l'adhésion sont définies aux articles 20 « Garanties de votre contrat » et 25 « La garantie Perte d'emploi ». Les exclusions des garanties sont mentionnées aux articles 17 et 26 « Exclusions de votre contrat ».
- L'offre contractuelle définie dans les présentes notices d'information est valable pendant toute la durée de validité de l'offre de prêt. Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies à l'article 15 « Date de conclusion de l'adhésion – Prise d'effet des garanties ».
L'adhésion aux contrats d'assurance s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 13 « Demande et formalités d'adhésion ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 5.2 « Modalités de paiement de la prime ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Emprunteur. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Emprunteur et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 8 « Faculté de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de signature du contrat de prêt ou la date d'acceptation de l'offre de prêt, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.
- Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.
- Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 9 « Réclamation et médiation ».
Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 – article L423-1 du Code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

8. FACULTE DE RENONCIATION

La signature de la demande d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif si vous avez adhéré par vente à distance ou par démarchage. Vous disposez d'un délai pour renoncer à votre adhésion aux conditions et selon les modalités décrites ci-après :

8.1. Délai pour exercer la faculté de renoncer

- si le contrat est vendu à distance :

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, un délai de renonciation de 14 jours calendaires s'applique en cas de vente à distance, c'est-à-dire lorsque le contrat est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. Ce délai commence à courir à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

- si le contrat est vendu par démarchage :

La vente par démarchage est la sollicitation d'un client, même à sa demande, à son domicile, sa résidence ou sur son lieu de travail, en vue de lui proposer l'adhésion à un contrat.

En vertu de l'article L 112-9 alinéa 1er du Code des assurances, "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 avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités."

Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

8.2. Modalités de la renonciation

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Prêteur. Elle peut être faite selon le modèle suivant :
"Je soussigné(e) M. Mme ... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance NI ADI 01-2013 que j'ai signé le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]."

8.3. Effets de la renonciation

L'Assureur procède, par l'intermédiaire du Prêteur, au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Prêteur de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception.

- Si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception. Vous restez cependant tenu au paiement intégral de la prime dès lors que, après avoir renoncé, vous demandez la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont vous n'aviez pas connaissance au jour de la renonciation.

9. RECLAMATION ET MEDIATION

Pour toute réclamation relative à votre admission, vous pouvez vous adresser pendant la durée de validité de la décision (un an), à CNP Assurances – Direction Souscription– TSA 57161 – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15.

Pour toute réclamation relative à un sinistre, vous pouvez vous adresser à CNP Assurances par l'intermédiaire du Prêteur.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur, et après avoir épuisé les voies de recours amiable auprès de ce dernier, vous ou vos ayants droit pouvez saisir le Médiateur de CNP Assurances, en adressant une demande à CNP Assurances - Secrétariat de l'Instruction de la Médiation – 4, place Raoul Dautry – 75716 PARIS Cedex 15.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

10. LOI INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTES

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

Les informations recueillies sont régies par les dispositions de la loi "Informatique, fichiers et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée. Elles sont nécessaires à l'adhésion et à la gestion du contrat d'assurance et sont destinées, à cette fin, à CNP Assurances, responsable du traitement, à PREDICA, au Prêteur ainsi qu'à leurs mandataires, aux réassureurs, aux prestataires et aux organismes professionnels concernés.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment auprès de CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.

Par ailleurs, le Prêteur pourra vous adresser des offres sur ses produits et services sauf opposition de votre part. Dans ce cas, vous lui adresserez un courrier en ce sens.

11. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 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, que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

En vertu de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou l'envoi d'une lettre recommandée avec avis 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 des prestations.

12. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

L'autorité de contrôle prudentiel (ACP) 61 rue Tailbout 75436 Paris cedex 09 est chargé du contrôle de CNP Assurances, CNP IAM et PREDICA.

II. DISPOSITIONS DU CONTRAT DÉCÈS, PTIA, ITT, INV

13. DEMANDE ET FORMALITES D'ADHESION

L'admission à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Les formalités d'adhésion sont obligatoires et s'effectuent, au moment de la demande de prêt, ou en cours de vie du prêt à la demande d'un nouveau coemprunteur ou d'une nouvelle caution ou en cas de changement de qualité à la hausse.

Elles comportent une demande d'adhésion à l'assurance et un questionnaire de santé que vous devez intégralement renseigner et signer. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique à la charge de l'Assureur. Vous pouvez en outre être invité à produire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé dont les frais sont à votre charge.

Le Prêteur met à votre disposition, si vous le souhaitez, une enveloppe qui permet l'envoi du questionnaire de santé au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli Confidentiel – Secret médical.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 3 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, vous devrez remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraîne la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L113-8 du Code des assurances. Conformément au même article, les primes perçues restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts.

Ces formalités doivent être renouvelées tous les 10 ans pour les ouvertures de crédit et les crédits renouvelables.

14. DÉCISION DE L'ASSUREUR ET NOTIFICATION

Au terme de l'examen de votre dossier, l'Assureur peut :

- **ACCEPTER** votre demande d'adhésion. Cette acceptation peut être donnée :
 - * sans réserve : elle vaut pour tous les risques à couvrir,
 - * avec réserves : elle exclut certaines garanties et/ou certaines pathologies pour des garanties précises. En cas de réserve partielle ou totale portant sur les garanties ITT et INV, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 20.2.
- **AJOURNER** la décision. Dans ce cas, vous devrez présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui vous sera indiqué.
- **REFUSER** votre demande. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la convention AERAS révisée (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé ») une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Si à l'issue de cette étude, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier sera examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

L'acceptation sans réserves ne fait l'objet d'aucune notification particulière.

Vous serez informé(e) par écrit par le Prêteur :

* de l'acceptation avec réserves. Cette lettre précisera le taux de prime ainsi que les risques couverts. Le libellé de la ou des réserves vous sera communiqué par courrier séparé signé du médecin conseil de CNP Assurances.

* de l'ajournement ou du refus de la demande.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à un an à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet de l'assurance n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, la demande d'adhésion devra être renouvelée.

15. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION – PRISE D'EFFET DES GARANTIES

15.1. Date de conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue :

- soit à la date de signature de votre demande d'adhésion si vous êtes accepté sans réserve,
- soit à la date de notification de la décision de l'Assureur dans le cas contraire.

ATTENTION : Si une évolution de votre état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion, vous êtes tenu d'en informer l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur.

15.2. Prise d'effet des garanties :

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date de conclusion de l'adhésion,
- ou date de signature du contrat de crédit ou date d'acceptation de l'offre de contrat de crédit pour les crédits relevant des articles L. 311-1 et suivants et L. 312-1 et suivants du Code de la consommation.

Toutefois, une garantie « décès accidentel* » est accordée à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion (hors demande de devis), jusqu'à la date de prise d'effet des garanties sous réserve toutefois qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du Prêteur. Elle est égale au

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

montant emprunté pondéré par la quotité d'assurance demandée dans la limite de 200 000 euros. Cette couverture « décès accidentel* » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la date de signature de votre demande d'adhésion. (* Voir définition à l'article 1)

16. DURÉE DE L'ADHESION - CESSATION DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

Votre adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés ci-dessous.

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- de non-renouvellement des formalités médicales à l'issue de la 10^{ème} année d'assurance pour les ouvertures de crédit et les crédits renouvelables,
- de mise en jeu de la garantie PTIA,
- de survenance de l'échéance finale du financement,
- de remboursement total anticipé du financement,
- d'exigibilité du financement avant terme,
- de transfert du financement à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'emprunteur personne physique transfère son prêt à une personne morale dont il est l'unique associé,
- de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution,
- de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 8,
- de décès de l'Assuré.

En outre, chaque garantie cesse au plus tard au dernier jour du mois de survenance de l'âge limite de garantie fixé à :

- 70 ans pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- 65 ans pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Totale,
- 60 ans pour la garantie Invalidité AERAS.

17. EXCLUSIONS DE VOTRE CONTRAT

Sont exclus pour l'ensemble des garanties du présent contrat :

- Le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 €.
- Les exclusions visées à l'article L 113-1 du Code des assurances (*accidents, blessures, maladies et mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Assuré*).
- Les conséquences des faits de guerre étrangère lorsque l'Etat Français est partie belligérante.
- Les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.*
- Les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records.
- Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la transmutation de noyaux d'atome.

18. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie, la prestation est calculée selon la quotité (exprimée en pourcentage) portée sur votre demande d'adhésion.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même financement, les prestations de l'Assureur sont limitées aux montants dus au titre des prêts garantis et figurant sur le tableau d'amortissement, ou s'il s'agit d'une ouverture de crédit, à la somme correspondant au montant autorisé, utilisé ou non.

Le remboursement des mensualités de prêts doit se poursuivre jusqu'à la prise en charge des prestations par l'Assureur.

19. PRESTATIONS MAXIMALES GARANTIES

Les prestations versées par l'Assureur au titre d'un ou plusieurs financements distincts consentis par le Prêteur sont limitées, par Assuré :

- à 1 200 000 euros tous prêts assurés confondus pour les garanties décès et PTIA,
- à 8 000 euros par mois tous prêts pris en charge confondus pour les garanties IA, ITT et INV.

20. GARANTIES DE VOTRE CONTRAT

ATTENTION : Parmi les garanties suivantes, vous ne bénéficiez que des garanties que vous avez choisies sur votre demande d'adhésion et acceptées par l'Assureur, parmi celles proposées en fonction de la nature de votre prêt, ou, le cas échéant, des garanties précisées sur le courrier vous notifiant la décision de l'Assureur.

La garantie Perte d'emploi est décrite à l'article 25.

20.1 DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

a. Décès

Le décès est pris en charge s'il survient en cours d'assurance, avant la fin du mois du 70^{ème} anniversaire et sous réserve des exclusions visées à l'article 17.

b. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Définition : vous êtes en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'en cours d'assurance les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. l'invalidité dont vous êtes atteint vous place dans l'impossibilité totale et définitive de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit ;
2. elle vous met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
3. la PTIA reconnue par l'Assureur doit être survenue avant la fin du mois de votre 70^{ème} anniversaire.

c. Prestations Décès ou PTIA

L'Assureur verse, dans la limite de la quotité garantie, le capital restant dû au titre du prêt tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date de survenance du décès ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, y compris les intérêts normaux courus de l'échéance précédant le sinistre jusqu'à la date de celui-ci mais à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date. Pour les ouvertures de crédit, l'Assureur verse la somme correspondant au montant maximum autorisé.

Cas particuliers :

- si le décès survient avant le point de départ de l'amortissement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt.
- en cas de prêt partiellement débloqué, le montant versé par l'Assureur inclut le capital restant dû au jour du décès correspondant aux fonds débloqués antérieurement et les sommes restant à débiter telles que définies au contrat de prêt.

20.2 INVALIDITE AERAS (IA)

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec réserves, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle au jour du sinistre peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS. Le courrier mentionné à l'article 14 précisera si cette garantie est accordée ou non.

a. Définition

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'invalidité AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

1. Son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident* qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.
2. Son état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation* médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
3. Son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001).
La détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 22.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS.
4. L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
5. La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant la fin du mois du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

b. Prestation garantie

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 17 et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT, à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

Cette date peut être différente de la date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés.

c. Cessation du versement des prestations IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 16 ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 20.2 ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les justificatifs définis à l'article 21.3 ;
- lorsque après contrôle médical le taux d'incapacité fonctionnel est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

20.3 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT) - INVALIDITE TOTALE (INV)

20.3.1 Garantie ITT

a. Définition de l'Incapacité Temporaire Totale

Vous êtes en état d'ITT lorsque, en cours d'assurance, les trois conditions suivantes sont réunies cumulativement :

Si vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre :

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident* ou d'une maladie, dans l'incapacité reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle, même à temps partiel.
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise* de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.4 « Pièces justificatives à fournir ».

(* Voir définition à l'article 1)

Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si vous êtes demandeur d'emploi à la veille du sinistre :

1. Vous vous trouvez, à la suite d'un accident* ou d'une maladie dans l'incapacité, reconnue médicalement, d'exercer vos activités habituelles non professionnelles même à temps partiel ;
2. Cette incapacité est continue et persiste au-delà d'une période de franchise* de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.
3. Cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.4 « Pièces justificatives à fournir ».

(* Voir définition à l'article 1)

La garantie ITT ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit et crédits permanents renouvelables ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

b. Non-application de la période de franchise* en cas d'ITT successives

La période de franchise n'est pas appliquée en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 21.4, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 90 jours.

(* Voir définition à l'article 1)

c. Prestations ITT

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

L'Assureur règle au Prêteur, dans la limite des sommes dues et du plafond mensuel fixé à l'article 19 de la présente notice, les échéances arrêtees à la veille du sinistre, au prorata du nombre de jours d'incapacité :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement,
- en intérêts seulement pour les prêts en phase de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période,
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en capital en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'étant jamais prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie ITT : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Modification des échéances à la hausse pendant une prise en charge résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre : par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qu'il était avant exercice de l'option.
- Modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs précisés à l'article 21.4 et au résultat de contrôles administratifs et/ou médicaux initiés par l'Assureur dont la conséquence peut être la poursuite ou l'arrêt de l'indemnisation.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité Sociale, de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ou d'un organisme assimilé.

d. Cessation du versement des prestations ITT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 16,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle même à temps partiel,
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 21.4,
- dès que vous bénéficiez de prestations d'incapacité partielle (et notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux 2/3, pension de première catégorie pour les salariés),
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle même à temps partiel si vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre,
- dès le moment où, après visite médicale initiée par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel, si vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si vous étiez demandeur d'emploi à la veille du sinistre,
- dès que vous percevez une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale,
- au 1095^{ème} jour suivant la date du sinistre, date à laquelle l'assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Totale.

20.3.2 Garantie INVALIDITE TOTALE (INV)

a. Définition

Vous êtes en état d'Invalidité Totale lorsque, en cours d'assurance, les deux conditions suivantes sont réunies cumulativement :

1. A l'issue d'un état d'Incapacité Temporaire Totale défini à l'article 20.3.1, vous vous trouvez dans l'impossibilité reconnue médicalement, d'exercer, même à temps partiel, une quelconque activité professionnelle ou une activité habituelle non professionnelle.
2. Cette invalidité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 21.5 « Pièces justificatives à fournir ».

La garantie Invalidité Totale ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit et crédits permanents renouvelables ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits d'une durée inférieure ou égale à 12 mois.

Attention : la garantie INV ne peut se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie INV fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

b. Prestations INV

La prestation garantie au titre du risque INV, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT définies à l'article 20.3.1 c.

c. Cessation du versement des prestations INV

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 16,
- dès que vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 21.5,
- dès le moment où, après contrôle administratif et/ou médical initié par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer une quelconque activité professionnelle ou non, même à temps partiel,
- dès que vous reprenez une quelconque activité, même à temps partiel.

21. PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

La demande de prise en charge doit se faire auprès du Prêteur qui vous communiquera les coordonnées du service auquel devra être adressée la déclaration de sinistre. Dans tous les cas les prestations seront versées ou commenceront à être versées dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de réception par l'Assureur du dossier complet (toute demande d'information ou d'envoi en visite médicale suspend ce délai). Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré.

21.1 En cas de décès

- un acte ou un bulletin de décès,
- un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu.

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

21.2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

➤ une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité préétablie, tenue à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical confirmant :

- que vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant vous procurer gain ou profit,
- la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident* dont résulte l'invalidité,
- que votre état vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

➤ Joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité.

(* Voir définition à l'article 1)

21.3 En cas d'Invalidité AERAS

Il revient à l'Assuré de fournir au Prêteur, dans les **180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité**, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment :

➤ une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité préétablie, tenue à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus de l'attestation incomplète, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident* dont résulte l'invalidité.

(* Voir définition à l'article 1)

➤ Joindre également :

- pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie,
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension,
- pour les non salariés : une copie du titre de pension d'invalidité à 100% ou une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.

21.4 En cas d'Incapacité Temporaire Totale

➤ une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité préétablie, tenue à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, vous devrez fournir, en plus de cette Attestation incomplète, un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'accident* ayant provoqué l'ITT,
- la date de l'accident ou de début de la maladie,
- la durée probable de l'incapacité.

(* Voir définition à l'article 1)

➤ Joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas éligible à l'Incapacité Temporaire Totale
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

(* Voir définition à l'article 1)

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise* et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date. A défaut une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L 113-2-4* du Code des assurances et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

(* Voir définition à l'article 1)

21.5 En cas d'Invalidité Totale

➤ une Attestation Médicale d'Incapacité - Invalidité préétablie, tenue à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin.

➤ Joindre également :

- pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel.
- pour les Travailleurs Non Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Totale et Définitive.

(* Voir définition à l'article 1)

22. ETUDE DE LA DEMANDE DE PRESTATION

22.1. Examen des pièces médicales et/ou administratives

La production des justificatifs définis aux points 21.2, 21.3, 21.4 et 21.5 est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations. En effet, au terme de l'examen de l'ensemble des pièces médicales et/ou administratives fournies, l'Assureur détermine si vous êtes en état de PTIA, d'ITT, d'INV ou d'IA au sens du contrat et peut :

- accepter la prise en charge,
- refuser la prise en charge,
- arrêter la prise en charge,
- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite médicale effectuée à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier et à ses frais.

Les conclusions de la visite médicale peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si vous contestez cette décision, une procédure de conciliation peut être demandée selon les modalités prévues à l'article 22.2.

Si vous refusez de vous soumettre à la visite médicale ou si vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. Dans ce cas, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions de la visite médicale.

22.2. Conciliation et tierce expertise

Tout refus de prise en charge par l'Assureur à la suite d'une visite médicale peut être contesté par l'Assuré, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle.

L'Assuré peut demander la mise en place d'une procédure de conciliation dans les 90 jours suivant la date de la visite médicale. Pour ce faire, l'Assuré doit accompagner sa demande écrite d'un certificat du médecin qu'il aura désigné pour le représenter.

Ce certificat doit détailler l'état de santé de l'Assuré au jour de la visite médicale effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. Cette demande doit en outre mentionner que l'Assuré accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après.

La procédure de conciliation sera initiée dans les 12 mois qui suivent la date de la visite médicale.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le Médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son Médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

III. DISPOSITIONS DE LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

23. CONDITIONS DE VOTRE ADHESION

Pour adhérer au contrat Perte d'emploi, vous devez remplir les conditions suivantes :

- avoir moins de 50 ans (date anniversaire) à la date de signature de votre demande d'adhésion,
- être salarié d'un seul employeur et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, ouvrant droit, en cas de licenciement, au versement des allocations d'assurance chômage versées par Pôle emploi ou autres organismes prévus aux articles L5421, L 5427-1 et suivants du Code du travail. Le terme « Pôle emploi » employé dans le présent contrat regroupe ces différents organismes.
- ne pas être, au moment de la signature de la demande d'adhésion, en préavis de licenciement.
- avoir demandé simultanément votre admission au contrat Décès / PTIA / ITT / INV, et avoir été accepté par l'Assureur au minimum pour la garantie Décès.

La garantie Perte d'emploi ne s'applique ni aux opérations d'ouvertures de crédit ni aux crédits permanents renouvelable ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les crédits en comportant ni aux crédits non amortissables (remboursement du capital et des intérêts en une seule fois au terme).

24. PRISE D'EFFET DE VOTRE GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Votre garantie Perte d'Emploi ne prend effet que si vous êtes accepté pour la garantie Décès dans le contrat d'assurance de base ou les contrats de deuxième ou troisième niveau AERAS. La date de prise d'effet est alors identique à celle de la garantie Décès.

Si l'adhésion a lieu en cours de prêt, la garantie prend alors effet au jour de la signature de la demande d'adhésion.

25. LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI

25.1. Définition

L'assuré est en état de perte d'emploi lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies, sous réserve du paiement de la prime :

- vous êtes en situation de chômage total résultant exclusivement d'un LICENCIEMENT,
- ce LICENCIEMENT a mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique,
- vous percevez les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L 5421-1 et suivants du Code du travail.

La garantie Perte d'Emploi est soumise à une période d'attente, d'une durée de 365 jours, qui débute à la date de prise d'effet de l'assurance. Un licenciement notifié au salarié durant cette période ne donne jamais lieu à prise en charge même si la situation de chômage se prolonge au-delà de ces 365 jours.

25.2. Prestations

Après acceptation du dossier, l'Assureur règle les prestations au Prêteur, au prorata du nombre de jours de chômage dûment justifiés.

Pour chaque prêt garanti, la prestation versée est égale à 50 % du montant de l'échéance mensuelle figurant sur le tableau d'amortissement, échéance plafonnée à 3.500 euros.

Sont prises en considération les échéances :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement,
- en intérêts seulement pour les prêts en période de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période,
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance, n'est pas prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie Perte d'Emploi : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Modification des échéances à la hausse pendant une prise en charge résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre : par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qu'il était avant exercice de l'option.
- Modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Si plusieurs assurés au titre d'un prêt ont droit en même temps à prise en charge, le total des prestations ne peut excéder le montant de l'échéance.

25.3. Franchise

Les prestations sont dues à l'expiration d'une période de franchise*. Cette période, d'une durée de 90 jours d'indemnisation continue par Pôle emploi, ne donne jamais lieu à prise en charge.

Précisions :

- Une indemnisation par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité pendant la période de franchise* suspend le décompte des 90 jours jusqu'à reprise de l'indemnisation par Pôle emploi.

- Une reprise d'activité professionnelle pendant la période de franchise* entraîne l'application d'une nouvelle période de 90 jours si l'assuré justifie d'une nouvelle situation de chômage, indemnisée par Pôle emploi qui fait suite à l'un des événements suivants :
 - un licenciement,
 - une fin de contrat à durée déterminée,
 - une période d'essai non concluante,
 - une fin de stage de formation professionnelle.

(* Voir définition à l'article 1)

25.4. Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation

- Une reprise d'activité professionnelle d'une durée inférieure ou égale à 180 jours ou bien une prise en charge par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité n'ont qu'un effet suspensif sur le versement des prestations. L'Assureur reprend ses versements sur production des bordereaux ou relevés de situation attestant de la reprise du versement des allocations d'assurance de Pôle emploi.
- Une reprise d'activité professionnelle d'une durée supérieure à 180 jours met fin au versement des prestations. Toutefois, l'assuré pourra bénéficier ultérieurement, après application d'une nouvelle période de franchise* de 90 jours, d'une ou plusieurs autres périodes d'indemnisation, s'il justifie d'une nouvelle situation de chômage total indemnisé par Pôle emploi faisant suite à l'un des événements suivants :
 - un licenciement,
 - une fin de contrat à durée déterminée,
 - une période d'essai non concluante,
 - une fin de stage de formation professionnelle.

(* Voir définition à l'article 1)

26. LES EXCLUSIONS DE GARANTIE

Ne peut donner lieu à indemnisation :

- Le chômage résultant de votre démission, même indemnisé par Pôle emploi.
- Le chômage à l'issue ou en cours d'un contrat de travail à durée déterminée, sauf application des articles 25.3 (Précisions) ou 25.4 (Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation).
- Le chômage résultant du licenciement d'un assuré salarié de son conjoint, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral, d'un coemprunteur, ou cautions personnes physiques ou salarié d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, par un ascendant, par un descendant, par un collatéral ou par un coemprunteur ou cautions personnes physiques.
- La perte d'emploi, même indemnisée par Pôle emploi, résultant d'un accord entre employeur et salarié dit départ négocié ou rupture conventionnelle du contrat de travail (articles L 1237-11 et suivants du code du travail).
- Le chômage partiel ou saisonnier.
- Le chômage non indemnisé par Pôle emploi.
- Toute forme de cessation d'activité dont la réglementation n'implique pas la recherche d'un nouvel emploi.
- La rupture du contrat de travail, en cours ou à l'issue d'une période d'essai, sauf application des articles 25.3 (Précisions) ou 25.4 (Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation).

27. LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

27.1. Pièces justificatives à fournir

- votre lettre de licenciement,
- le certificat de travail précisant la nature du contrat de travail qui a pris fin (ou, à défaut, le contrat de travail),
- la notification d'attribution aux allocations d'assurance servies par Pôle emploi.

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise* (91^{ème} jour d'indemnisation par Pôle emploi) et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date. Quand l'Assureur a accepté la demande de prise en charge, vous devez adresser au Prêteur, dans les meilleurs délais, les bordereaux ou relevés de situation de versement des allocations d'assurance servies par Pôle emploi. Ils conditionnent le versement des prestations.

(* Voir définition à l'article 1)

Dans les cas suivants, vous devez fournir des documents complémentaires :

- Au terme d'une période de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité : les bordereaux de versement des prestations correspondants.
- A l'issue d'une reprise temporaire d'activité, le ou les certificats de travail, et, si la reprise est supérieure à 180 jours :
 - la lettre de licenciement ou la notification de l'employeur mettant fin à la période d'essai non concluante ou le contrat de travail à durée déterminée ou le certificat de stage,
 - l'avis de réadmission (ou de prolongation) aux allocations d'assurance versées par Pôle emploi.

27.2. Durée de versement des prestations

Pour la durée totale de votre contrat d'assurance, il est prévu au maximum 1460 jours d'indemnisation au titre de la garantie Perte d'emploi. Au titre d'un même licenciement, la prise en charge ne peut excéder 365 jours d'indemnisation (continus ou non), même si vous êtes encore au chômage au-delà.

Pour bénéficier d'une nouvelle période de prise en charge, vous devrez réunir les conditions suivantes :

- être en situation de chômage total résultant d'un nouveau licenciement,
- ce nouveau licenciement doit avoir mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique,
- percevoir les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L 5421-1 et suivants du Code du travail.

En outre, les prestations sont versées :

- jusqu'à la date à laquelle vous reprenez une activité rémunérée totale ou partielle,
- jusqu'à la date de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie, maternité,
- jusqu'aux dates de cessation de la garantie définies à l'article 28.

28. DURÉE DE L'ADHESION ET DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT PERTE D'EMPLOI

Votre adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés ci-dessous.

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L 141-3 du Code des assurances,
- de mise en jeu de la garantie PTIA,
- de survenance de l'échéance finale du financement,
- de remboursement total anticipé du financement,
- d'exigibilité du financement avant terme,
- de transfert du financement à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'emprunteur personne physique transfère son prêt à une personne morale dont il est l'unique associé,
- de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution,
- au jour de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 8,
- à la date de mise à la retraite ou préretraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre),
- au 1460^{ème} jour d'indemnisation au titre de la garantie Perte d'emploi,
- au jour où vous bénéficiez du statut de travailleur non salarié ou cessez d'exercer toute activité professionnelle. Vous êtes tenu d'informer le Prêteur de ce changement de situation. En cours de prêt, vous pourrez toujours réintégrer le groupe assuré, sur demande écrite et sous réserve de la reprise du paiement des primes, dans le cas où vous reprendriez une activité professionnelle salariée exercée sous contrat à durée indéterminée,
- en tout état de cause, au plus tard, au dernier jour du mois de survenance du 55^{ème} anniversaire de l'assuré.

CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 643 500 175 € entièrement libéré. 341 737 062 RCS Paris.

CNP IAM, Société Anonyme au capital de 30 500 000 € entièrement libéré. 383 024 189 RCS Paris.

Siège Social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS CEDEX 15.

PREDICA S.A. au capital de 915 874 005 € entièrement libéré. 334 028 123 RCS Paris. Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 PARIS.
Entreprises régies par le Code des assurances.