



ASSURANCE EMPRUNTEURS

PRÉVI-CRÉDITS 2

Sommaire

**Notice
Contrat d'assurance de groupe
des emprunteurs N° 5027** **p. 3**

Garanties p. 4
Garantie optionnelle pour les salariés - Assurance Perte d'Emploi p. 12

**Informations complémentaires
non contractuelles**..... **p. 17**

Information FFSA - Convention AERAS..... p. 17
(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Lexique **p. 19**

Notice

Le contrat Prévi-Crédits 2 est un contrat d'assurance de groupe n°5027 souscrit par le Crédit Mutuel Arkéa - SA coopérative de crédit à capital variable et de courtage d'assurances - 1, rue Louis Lichou - 29480 Le Relecq-Kerhuon. Siren 775 577 018 RCS Brest. Orias 07 025 585 pour son compte, pour le compte de l'ensemble des Caisses de Crédit Mutuel rattachées aux Fédérations du Crédit Mutuel de Bretagne, du Crédit Mutuel du Sud-Ouest et du Crédit Mutuel du Massif Central ainsi que pour le compte de Arkéa crédit Bail et de Federal Finance, ci-après dénommé "le souscripteur",

- auprès de SURAVENIR, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 420 000 000 euros. Société mixte régie par le Code des assurances. Siren 330 033 127 RCS Brest. Siège social : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 (pour les garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) + Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT) + Invalidité Spécifique AERAS (IS) + Incapacité Professionnelle (IP)),

- auprès de SURAVENIR ASSURANCES, Société anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 euros. Siège social : 2, rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9. RCS Nantes 343 142 659 (pour la garantie Perte d'Emploi).

SURAVENIR et SURAVENIR ASSURANCES sont des entreprises régies par le Code des assurances et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9), ci-après dénommées "l'assureur".

Ce contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches 1, 2 et 20 (*accident, maladie, vie-décès*).

Pour les crédits professionnels, ce contrat d'assurance de groupe, et notamment les droits et les obligations de l'adhérent, peuvent être modifiés par accord entre le souscripteur et l'assureur en cours de vie du contrat. Il appartiendra, dans tous les cas, au souscripteur d'en informer les adhérents trois mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à l'adresse suivante : SURAVENIR - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. La dénonciation peut être faite suivant le modèle de lettre suivant : "*Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent) refuse les modifications opérées sur le contrat d'assurance de groupe n°5027 et en conséquence demande la résiliation de mon contrat. Je reconnais que ma demande met un terme définitif à mon contrat*". *Date et signature*. Les contrats d'assurance garantissant des crédits à la consommation et des crédits immobiliers ne peuvent être modifiés sans l'accord de l'assuré.

En cas de résiliation du contrat souscrit par le souscripteur auprès de l'assureur, que celle-ci soit à l'initiative du souscripteur ou de l'assureur ou en cas de dissolution du souscripteur quelle qu'en soit la cause, le contrat se poursuivra de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat. Aucune adhésion nouvelle ne sera plus acceptée.

La présente notice est applicable à compter du 27 juin 2016.

Garanties :

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Professionnelle

① Objet du contrat

OPTION "STANDARD" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

OPTION "PROFESSIONNELLE" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale. Cette option est réservée aux professionnels non salariés.

OPTION "ENSEIGNANTS" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans les conditions définies au point 7.2. Les présentes conditions ne sont applicables qu'aux prêts immobiliers accordés aux emprunteurs de la Caisse du Crédit Mutuel Enseignants. Cette option est réservée aux personnels enseignants et leurs co-emprunteurs, sous réserve qu'ils exercent une activité salariée. Le bénéficiaire de l'adhésion est l'organisme de crédit.

② Conditions d'adhésion

Vous pouvez être assuré si vous êtes emprunteur, co-emprunteur, caution, et plus généralement si vous avez un lien avec une opération de crédit ; toutefois, en cas d'assurances sur plusieurs têtes, les sommes dues par l'assureur sont toujours limitées au montant des engagements de l'emprunteur principal.

Vous devez être âgé de **plus de 18 ans et de moins de 65 ans** à la date de l'adhésion à l'assurance.

Pour pouvoir adhérer, vous devez avoir votre résidence principale en France.

Si vous avez entre **65 ans et moins de 75 ans** à la date de l'adhésion à l'assurance, vous pouvez adhérer à la garantie Décès seul (couverture "Seniors" de l'option "STANDARD"). Dans ce cas, la somme des montants à assurer est limitée à **150 000 euros**. Par ailleurs, le cumul de ces montants et des capitaux précédemment assurés encore sous garantie (adhésions antérieures à 65 ans) ne peut dépasser 200 000 euros.

Dans le cadre des contrats Illico pro/agri, le cumul des montants à assurer et des capitaux précédemment assurés encore sous garantie ne peut dépasser 100 000 euros.

Dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE", pour pouvoir bénéficier des garanties Incapacité Professionnelle et Invalidité Permanente Partielle ou Totale, vous devez être âgé de **plus de 18 ans et de moins de 60 ans** à la date d'adhésion à l'assurance et exercer une activité professionnelle.

À NOTER

- Dans le cadre des contrats commercialisés via le Web, le montant maximum des prêts assurés est de 25 000 euros en garantie d'un crédit à la consommation et de 300 000 euros en garantie d'un crédit immobilier.
- Dans le cadre des contrats Illico Pro/Agri, le montant maximum des prêts assurés est de 90 000 euros.

③ Risques garantis

OPTION "STANDARD"

• **Couverture "Sécurité"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

• **Couverture "Confort"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

• **Couverture "Tranquillité"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, à l'exclusion des pathologies du rachis cervico-dorso-lombaire, des psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés, ne donnant pas lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à cinq jours.

• **Couverture "Seniors"** : Décès pour les adhérents de plus de 65 ans et de moins de 75 ans.

OPTION "PROFESSIONNELLE"

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

OPTION "ENSEIGNANTS"

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail.

Dans le cadre de la convention AERAS, la garantie IS AERAS, sera automatiquement appliquée dès lors que les garanties ITT, IPP/IPT et IP auront été acceptées avec exclusion(s). Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers (hors option "ENSEIGNANTS") et professionnels.

3.1 Le Décès

Le contrat Prévi-Crédits 2 couvre le décès quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion toutefois du décès résultant d'un événement prévu au paragraphe 8 ci-après.

3.2 La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'adhérent qui est reconnu comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.

3.3 L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Est en Incapacité Temporaire Totale de travail l'adhérent qui, par suite de maladie ou d'accident, est contraint d'interrompre totalement et temporairement son activité professionnelle ou toute occupation lui procurant gain ou profit. Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'adhérent doit exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) au jour du sinistre. L'état d'ITT doit être constaté médicalement et cesse au jour de la consolidation de l'état de santé de l'adhérent et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

3.4 L'Incapacité Professionnelle (IP), dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE"

Est en Incapacité Professionnelle l'adhérent qui, par suite de maladie ou d'accident, est dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Le taux d'incapacité professionnelle sera fixé par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe 7.2.3.

3.5 L'Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT) et l'Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

L'Invalidité se définit comme un état de réduction permanente des aptitudes de l'adhérent à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'ITT ou l'IP.

Le taux de prise en charge de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale et de l'Invalidité Spécifique AERAS, tel que défini au paragraphe 7.2.3, sera apprécié par expertise médicale.

ATTENTION : la détermination de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, de l'Incapacité Professionnelle et de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale par l'assureur sera indépendante des décisions du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

3.6 Cas particuliers

- L'option "PROFESSIONNELLE" n'est pas accessible pour les contrats "Clé-Mat", "Illico Pro", "Illico Agri", les crédits renouvelables, les autorisations de découvert, les prêts études et ceux commercialisés via le Web.
- L'option "ENSEIGNANTS" n'est pas accessible pour les contrats "Clé-Mat", "Illico Pro", "Illico Agri" et ceux commercialisés via le Web. Dans le cadre de cette option, le co-emprunteur ne pourra être assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail que s'il exerce une activité salariée.
- Pour le contrat renouvelable "Etalix", les contrats "Illico Pro" et "Illico Agri":
 - la couverture "Seniors" de l'option "STANDARD" n'est pas accessible,
 - seuls les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie peuvent être assurés.
- Pour les contrats "Clé-Mat" d'un montant inférieur à 100 000 euros, sans formalités médicales, seuls les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pourront être assurés.
- Pour les contrats commercialisés via le Web, seules les couvertures "Sécurité" et "Confort" au sein de l'option "STANDARD" sont accessibles.

4 Formalités d'adhésion

L'emprunteur doit renseigner et signer la demande d'adhésion au contrat d'assurance et se soumettre aux formalités médicales le concernant.

L'article L. 113-8 du Code des assurances précise que l'adhésion est nulle 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, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'emprunteur doit faire preuve de la plus grande sincérité et exactitude dans les réponses apportées à la déclaration de santé ou aux questionnaires de santé qui peuvent être complétés en ligne ou adressés directement au Médecin Conseil de la société SURAVENIR dans une enveloppe comportant la mention "CONFIDENTIEL MÉDICAL". La durée de validité de la déclaration de santé ou des questionnaires de santé est de 4 mois. Au-delà de ce délai, l'emprunteur devra compléter une nouvelle déclaration de santé ou un nouveau questionnaire de santé.

L'assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus du risque soumis, dans les conditions énoncées au point 5.

L'assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugera nécessaire à l'étude du dossier.

5 Durée et prise d'effet des garanties

5.1 Dès que l'emprunteur a rempli et signé sa demande d'adhésion et sous réserve de son acceptation par l'assureur formalisée dans un certificat de garantie, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de crédit pour les prêts assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,

- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,

- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt pour les prêts "Illico Pro/Agri", et de la signature de ce même contrat par l'organisme de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur de la demande d'adhésion valant certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet.

En tout état de cause, les garanties ne prendront effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

L'assureur se réserve la possibilité de notifier à l'emprunteur des conditions d'acceptation à l'assurance avec réserves, exclusions ou majoration de cotisations.

La décision pourra être ajournée. Dans ce cas, l'intéressé pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué. Dans l'attente, il n'est pas couvert par l'assurance.

L'assureur peut également refuser la demande d'adhésion qui lui est présentée.

5.2 Le certificat de garantie remis à l'adhérent devra être signé par ses soins dans un délai maximum de quatre mois, la date limite figurant sur ce certificat de garantie. À défaut, en cas de refus ou de non réponse de l'adhérent dans ce délai de 4 mois, l'adhésion à l'assurance ne pourra prendre effet, et il sera nécessaire d'effectuer une nouvelle demande d'adhésion.

ATTENTION : l'adhérent devra signaler à l'assureur toute modification de son état de santé pouvant intervenir entre la date de signature de la déclaration d'état de santé et la date de signature du certificat de garantie.

CAS PARTICULIER

Si le prêt à assurer est un crédit renouvelable, la date d'effet retenue est la date de signature par l'adhérent du certificat de garantie.

5.3 Tant que l'assureur n'a pas pris de décision sur la demande d'adhésion, et sous réserve de l'acceptation de l'offre de prêt par l'emprunteur, ce dernier bénéficie d'une garantie provisoire en cas de décès accidentel (l'accident étant défini au paragraphe 8).

Cette garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion à l'assurance, et au plus tôt à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de prêt (pour ceux soumis à cette procédure) ou du contrat de prêt ou de l'accord de crédit.

Cette garantie est limitée à deux mois et prend fin au plus tard à la date de signature du certificat de garantie par l'adhérent.

5.4 Pour les adhésions en cours de prêt : les garanties prennent effet à la date d'acceptation du certificat de garantie par l'adhérent, notifiant les conditions d'acceptation à l'assurance, sous réserve de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

5.5 Toute modification des garanties prendra effet à la date de signature par l'adhérent de l'avenant correspondant.

5.6 Pour les prêts "Clé-Mat"

5.6.1 Pour les prêts "Clé-Mat" d'un montant inférieur à 100 000 euros, sans formalités médicales, le contrat d'assurance est formé et les garanties prennent effet le jour de la signature de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, figurant dans la demande de prêt valant contrat.

5.6.2 Pour les prêts "Clé-Mat" d'un montant supérieur ou égal à 100 000 euros ou si l'emprunteur souhaite choisir d'autres garanties que les garanties Décès et PTIA, avec formalités médicales, les garanties prennent effet à la date de signature du certificat de garantie par l'emprunteur et au plus tôt, à la date de signature du contrat de crédit.

6 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'extinction normale ou anticipée de l'opération de crédit ou,
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties ou,
- en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions définies au point 12, ou,
- en cas de résiliation de l'assurance par l'assuré, ou
- le jour où l'assuré admis comme représentant ou associé d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
- en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre,
- et au plus tard :

• Pour le risque décès :

- le 31 décembre de l'année du 75^e anniversaire de l'adhérent pour les adhérents âgés de moins de 65 ans à l'adhésion,
- pour les adhérents âgés de 65 ans ou plus et de moins de 75 ans à l'adhésion dans le cadre de la couverture "Seniors" de l'option "STANDARD", la garantie décès cesse au plus tard 10 ans après sa date d'effet et en tout état de cause le 31 décembre de l'année du 80^e anniversaire de l'adhérent.

• Pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : le 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'adhérent.

• Pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS : à la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire quelle qu'en soit la cause, et au plus tard au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'adhérent.

• Pour le risque Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE" :

- le 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'adhérent, ou
- après 1 080 jours d'indemnisation. Dans ce dernier cas, l'adhérent pourra être garanti au titre d'une Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou, le cas échéant, d'une Invalidité Spécifique AERAS, dans les conditions précisées à l'article 7.2.

PARTICULARITÉ : lorsque les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Invalidité Spécifique AERAS cessent, l'intégralité de la cotisation payée par l'adhérent est affectée à la couverture de la garantie décès.

CAS PARTICULIERS :

- pour les crédits renouvelables les garanties ITT, IP, IPP ou IPT cessent après 1 080 jours d'indemnisation, consécutifs ou non,
- pour les crédits "Illico Pro/Agri", les garanties cessent au plus tard 7 ans après la signature de l'offre de prêt.

7 Garanties et prestations associées

L'assuré sera déchu du droit à garanties en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

7.1 En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur garantit le paiement par anticipation du capital restant dû à l'organisme de crédit au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tel que défini sur le tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour du sinistre, multiplié par la quotité demandée à l'adhésion.

En tout état de cause, le montant pris en charge ne pourra excéder le montant nominal assuré à la date d'adhésion.

Le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

CAS PARTICULIERS :

- en cas de décès de l'assuré postérieurement à la date d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'assureur prendra en charge le montant du capital assuré sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée,
- pour les crédits renouvelables, l'assureur prend en charge le capital assuré restant dû sur le solde existant au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- lorsque l'adhérent décède alors qu'il était indemnisé au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale, c'est le capital assuré restant dû sur l'utilisation en cours d'indemnisation qui est versé. En cas de Décès consécutif à une ITT ou IPP/IPT non indemnisée par l'assureur, les déblocages de fonds effectués entre la date de début de l'ITT et la date du Décès ne sont pas pris en charge,
- pour les "DÉCOUVERTS", la garantie porte sur le solde débiteur assuré du compte au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Ne sont pas prises en charge par l'assurance les opérations déjà engagées mais non encore débitées.

7.2 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale, ou d'Invalidité Spécifique AERAS :

7.2.1 À l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, l'assureur verse tout ou partie du montant assuré de l'échéance de remboursement du prêt exigible en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise.

Dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", à l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, et dès lors que l'adhérent justifie d'une perte de revenu professionnel nette supérieure à 5 %, l'assureur verse tout ou partie du montant assuré de l'échéance de remboursement du prêt exigible, en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail total et ininterrompu excédant la période de franchise.

Le montant assuré de l'échéance correspond à la quotité demandée à l'adhésion pour la garantie concernée multipliée par l'échéance.

Dans le cadre des contrats commercialisés via le Web, la quotité assurée est de 100 %.

Le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Incapacité Professionnelle, le versement des prestations s'effectue tant que la consolidation de l'état de santé n'est pas constatée médicalement. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la prise en charge sera, en tout état de cause, limitée à une durée maximale de 1 095 jours.

L'indemnisation cesse de plein droit du seul fait de la reprise, même partielle, de tout travail ou de toute occupation procurant gain ou profit à l'adhérent.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS, ne sera pas prise en compte.

En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant la période d'arrêt de travail, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

Pendant toute la durée de prise en charge des échéances par l'assureur en cas de sinistres Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou Invalidité Spécifique AERAS l'assureur remboursera les cotisations relatives à ces garanties au-delà du délai de FRANCHISE défini au point 7.2.2, à hauteur du taux de prise en charge des échéances, dans la limite de la quotité assurée.

7.2.2 La FRANCHISE peut se définir comme la période d'arrêt de travail ou d'activité restant à la charge de l'adhérent. Elle ne peut excéder 180 jours. Cette période de franchise, comptée à partir du 1^{er} jour d'une période d'arrêt total et ininterrompu de travail ou d'activité, ne sera en aucun cas indemnisée.

Le délai de FRANCHISE est, au choix de l'adhérent, de 30, 60 ou 90 jours. Ce délai est doublé si l'arrêt de travail résulte d'une pathologie du rachis cervico-dorso-lombaire non consécutive à un accident ou de psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés. Il est limité à 180 jours. L'accident est défini au paragraphe 8.

Si l'arrêt de travail se poursuit du fait d'une nouvelle cause ou pathologie, cet événement sera considéré comme un nouveau sinistre avec application d'un nouveau délai de FRANCHISE.

CAS PARTICULIER

Pour les crédits renouvelables, les prêts études, pour les contrats commercialisés via le Web et dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", le délai de FRANCHISE est de 90 jours.

7.2.3 L'indemnisation intervient dans les conditions suivantes :

• En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

- Dans le cadre de l'option "STANDARD", la prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5.

- Dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", le montant de la prestation versée ne peut être supérieur à la perte réelle de revenu. Pour le calcul de la perte de revenu, sont pris en compte :

- le revenu net imposable de la période à indemniser, augmenté des primes, indemnités, heures supplémentaires, en tenant compte de leur périodicité (1/12^e d'une prime annuelle pour un revenu mensuel),
- les revenus de substitution à savoir indemnités journalières de la Sécurité sociale, allocations journalières, prestations des régimes complémentaires obligatoires.

Ces éléments sont comparés au revenu professionnel net imposable moyen perçu au titre des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour déterminer la perte de revenu. Le montant versé par l'assureur correspond à la perte de revenu multipliée par la quotité assurée, dans la limite du montant assuré des échéances.

En cas de périodicité annuelle de l'échéance de crédit, le montant assuré de l'échéance sera ramené à 1/12^e pour calculer la limite de prise en charge, le paiement cumulé des échéances ainsi recalculées intervenant au moment de l'exigibilité de l'échéance annuelle de crédit.

Exemples :

Montant échéance	750 €	750 €	1 000 €
Montant échéance assuré	750 €	750 €	500 € (50 %)
Revenu net de la période à indemniser + revenus de substitution	800 € (1/2 traitement)	1 600 € (plein traitement)	1 200 €
Revenu net moyen des 12 mois précédant l'arrêt	1 600 €	1 600 €	1 400 €
Montant perte de revenu	800 €	0 €	200 €
Montant versé	750 €	0 €	100 € (50 %)

Toutefois, si l'adhérent bénéficie du maintien de son salaire à plein traitement, aucune indemnisation n'interviendra. Il en va de même si l'adhérent n'a perçu aucun revenu professionnel au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

- L'adhérent s'engage à fournir les bulletins de salaire et toutes les pièces justificatives nécessaires au calcul de la prestation. Le calcul de la perte de revenu sera effectué sur la base des seuls montants figurant sur les

justificatifs correspondant au mois à indemniser, sans que soient prises en compte les éventuelles régularisations de salaire qui pourraient être effectuées par l'employeur a posteriori.

• En cas d'Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE"

La prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5. Le taux d'Incapacité Professionnelle, fixé par expertise médicale, devra être supérieur ou égal à 66 % pour donner lieu à indemnisation. En cas d'Incapacité Professionnelle inférieure à 66 %, aucune indemnisation ne pourra intervenir.

Ce taux est fixé en tenant compte :

- de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident,
- des conditions normales d'exercice de cette profession,
- des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Pour déterminer le taux d'Incapacité Professionnelle, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents non assurés ou exclus des garanties du contrat.

• En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale

Le taux de prise en charge est déterminé par combinaison :

- du taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical,
- et du taux d'incapacité professionnelle, fixé en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession, des possibilités restantes d'exercice et des possibilités de reclassement professionnel.

Pour déterminer les taux d'incapacité, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents non assurés ou exclus des garanties du contrat.

La combinaison entre les deux taux d'incapacité permettra de déterminer le taux de prise en charge du montant assuré tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5, en fonction de l'option choisie, selon le tableau ci-dessous.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10	0	0	0	0	0	0	10	20	30	40
	20	0	0	0	0	10	25	40	50	65	75
	30	0	0	0	10	25	45	60	75	90	100
	40	0	0	0	25	40	60	75	90	100	100
	50	0	0	10	30	50	70	90	100	100	100
	60	0	0	15	35	60	80	100	100	100	100
	70	0	0	20	45	70	90	100	100	100	100
	80	0	0	25	50	80	100	100	100	100	100
	90	0	0	30	60	85	100	100	100	100	100
	100	0	5	35	65	90	100	100	100	100	100

Exemples

• Si le prêt est couvert à hauteur de 100 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'adhérent un taux d'incapacité fonctionnelle de 60 % et un taux d'incapacité professionnelle de 70 %, le taux de prise en charge des mensualités sera de 90 %.

• Si le prêt est couvert à hauteur de 100 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'adhérent un taux d'incapacité fonctionnelle de 30 % et un taux d'incapacité professionnelle de 40 %, aucune prise en charge n'interviendra.

• Si le prêt est couvert à hauteur de 75 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'adhérent un taux d'incapacité fonctionnelle de 50 % et un taux d'incapacité professionnelle de 80 %, le taux de prise en charge des mensualités sera de 60 % (= 80 % x 75 %).

• En cas d'Invalidité Spécifique AERAS

Le taux d'Invalidité Spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une Incapacité Professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- d'une Incapacité Fonctionnelle dont le taux sera apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'Incapacité Fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'Incapacité Fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

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

La prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5.

7.2.4 Couverture "Tranquillité" de l'option "STANDARD"

Seuls les prêts immobiliers peuvent être garantis dans le cadre de cette option qui n'est pas accessible via le Web.

Si l'adhérent choisit à l'adhésion la couverture "Tranquillité", la prise en charge des pathologies du rachis cervico-dorso-lombaire, des psychoses, névroses, états dépressifs, anxieux au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale, est conditionnée à une hospitalisation supérieure ou égale à cinq jours :

- si l'hospitalisation a lieu pendant le délai de FRANCHISE défini au paragraphe 7.2.2, l'indemnisation interviendra à l'issue du délai de FRANCHISE,
- si l'hospitalisation a lieu après le délai de FRANCHISE, défini au paragraphe 7.2.2, l'indemnisation interviendra à compter du premier jour d'hospitalisation.

Cette couverture n'est pas accessible dans le cadre des options "PROFESSIONNELLE" et "ENSEIGNANTS". La garantie Invalidité Spécifique AERAS ne s'applique pas si les pathologies ci-dessus n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours.

7.2.5 En tout état de cause, et pour l'ensemble des prêts d'un même adhérent, le montant de la prestation versée en cas de sinistre sera plafonné à une échéance équivalente à **10 000 euros** mensuels pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Invalidité Spécifique AERAS.

7.2.6 Cas particuliers

• Pour les crédits RENEUVELABLES

Les mensualités à prendre en charge en application des règles de calcul décrites ci-dessus sont celles qui correspondent au montant du crédit en cours d'utilisation, au jour de l'arrêt de travail ou d'activité. **En tout état de cause, l'échéance prise en charge par l'assureur ne peut être supérieure au montant de l'échéance en cours au jour du sinistre.**

L'indemnisation, qui intervient après le délai de FRANCHISE, est limitée à 1 080 jours au titre d'une ou plusieurs périodes d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS. Les débloquages de fonds effectués durant l'arrêt de travail ou d'activité ne seront en aucun cas pris en charge par l'assurance.

L'indemnisation interviendra au plus tard jusqu'à la date de fin d'amortissement du capital servant de référence au calcul de la prestation.

Une nouvelle garantie d'assurance ne pourra être éventuellement envisagée qu'après examen d'une nouvelle demande d'adhésion.

• Pour les PRÊTS "RELAIS" et TOUS LES PRÊTS REMBOURSABLES EN UN SEUL TERME

Seuls les intérêts exigibles au jour du sinistre et pendant la durée de l'indemnisation bénéficient des présentes garanties. En aucun cas le capital ne pourra faire l'objet d'une prise en charge au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de travail, d'une Incapacité Professionnelle, d'une Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'une Invalidité Spécifique AERAS.

• Pour les PRÊTS À ÉCHÉANCES MODULABLES sur demande de l'emprunteur

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS correspondent au montant assuré de l'échéance en cours à la date de l'arrêt de travail ou d'activité, sans pouvoir excéder le montant de l'échéance prévue lors de la conclusion initiale du contrat de prêt si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les six mois précédant le sinistre.

En cas d'augmentation de l'échéance pendant l'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Incapacité Professionnelle, l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou l'Invalidité Spécifique AERAS, les prestations seront limitées au montant assuré de l'échéance en vigueur au jour de l'arrêt de travail ou d'activité dans la limite exposée ci-dessus.

En cas de diminution de l'échéance pendant l'arrêt de travail ou d'activité, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

7.2.7 Rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'adhérent est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de FRANCHISE ne sera appliqué.

Pour les crédits renouvelables, les débloquages de fonds intervenus **pendant la période** d'arrêt de travail ne sont en aucun cas pris en charge. En cas de rechute, **c'est à dire un nouvel arrêt total de travail pour le même motif, suite à une reprise d'activité inférieure à 60 jours**, l'indemnisation reprend sur la même base que pour l'arrêt de travail ou d'activité initial.

Dans les autres cas (nouvel arrêt de travail pour le même motif suite à une reprise totale d'activité supérieure à 60 jours, arrêt de travail pour une cause nouvelle ou poursuite de l'arrêt de travail du fait d'une nouvelle cause ou pathologie), l'indemnisation sera évaluée comme s'il s'agissait d'un nouveau sinistre, avec application d'une nouvelle période de franchise.

⑧ Exclusions

Le tableau des exclusions ci-après vous permet de savoir si l'exclusion est générale ou si elle est limitée à l'une ou l'autre des garanties.

Définitions :

- PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail
- IP : Incapacité Professionnelle
- IPP : Invalidité Permanente Partielle
- IPT : Invalidité Permanente Totale
- IS : Invalidité Spécifique AERAS

L'accident est défini comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'adhérent.

L'assurance couvre tous les risques sauf ceux précisés dans le tableau ci-après :

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE (le signe X indique l'exclusion) :	Décès	PTIA	ITT/IP IPP/IPT	IS
1) Le suicide s'il survient moins d'une année à compter de la date d'effet des garanties. Toutefois, le décès par suicide est couvert dès la date d'effet des garanties, dans les limites définies par les articles L. 132-7 et R. 132-5 du Code des assurances, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir un prêt destiné au financement de l'acquisition du logement principal de l'adhérent.	X			
2) Le meurtre de l'assuré par le co-emprunteur.	X			
3) Les suites ou conséquences : 3-1) des accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion, ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions particulières d'assurance notifiées à l'assuré ; 3-2) de tentatives de suicide, de mutilation volontaire, ou d' événements qui sont le fait volontaire de l'adhérent ; 3-3) d' éthylisme , d'un état d' imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal, ou de l' usage de stupéfiants ou assimilés, non prescrits médicalement.		X	X	X
4) Les suites ou conséquences d'accidents survenant sur engins à moteur, terrestres ou nautiques, à l'occasion d'essais, de compétitions, paris, tentatives de record, rallyes de vitesse effectués à titre amateur ou professionnel.	X	X	X	X
5) Le délai légal du congé de maternité défini par la Sécurité sociale que l'adhérente y soit affiliée ou non.			X	X
6) Dans le cadre de la couverture "Tranquillité" de l'option "STANDARD" (cf. point 7.2.5), les suites ou conséquences des psychoses, névroses, états dépressifs, anxieux et des affections ou accidents touchant le rachis cervico-dorso-lombaire, ne donnant pas lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours.			X	X
7) Les suites ou conséquences d'accidents de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet ou de licence pour l'appareil utilisé et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (exemples : parachute, kitesurf, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...). Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires dans le cadre de l'accomplissement de leur devoir professionnel.	X	X	X	X
8) Les suites ou conséquences d'actes de piraterie, d'émeutes, de terrorisme, de sabotages, d'insurrections, de rixes, sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel pour les militaires, policiers, pompiers, démineurs et personnel médical d'urgence.	X	X	X	X
9) Les risques de guerre étrangère ou de guerre civile, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel pour les militaires, policiers, pompiers, démineurs et personnel médical d'urgence.	X	X	X	X
10) Les suites ou conséquences directes ou indirectes d'accidents ayant provoqué explosion, dégagement de chaleur, irradiation, et provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité et de l'accélération artificielle de particules. La présente exclusion ne s'applique pas à l'adhérent dont la profession l'expose aux risques liés à ces événements, lorsque l'accident survient à l'occasion de l'exercice de sa profession.	X	X	X	X
11) Les risques particuliers précisés sur le certificat de garantie remis à l'adhérent.	X	X	X	

9 Crédit faisant l'objet d'une procédure contentieuse

En cas de défaillance de l'emprunteur et/ou d'exigibilité de la créance par l'organisme de crédit, les garanties d'assurance sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas de sinistre, la prise en charge porte conformément au tableau d'amortissement initial :

- en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : uniquement sur le capital restant dû à l'organisme de crédit au jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS : sur le montant assuré des échéances (cf. point 7.2).
- En aucun cas les échéances en retard de paiement et les intérêts de retard quels qu'ils soient ne pourront donner lieu à indemnisation par l'assurance.

10 Formalités en cas de sinistres

Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance, doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les **quatre mois** de sa survenance.

Le sinistre doit être déclaré à l'adresse suivante :

Service Indemnisation Prévoyance

TSA 31706

35917 Rennes cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

Les pièces à produire pour constituer le dossier de demande de prise en charge sont les suivantes :

• **Dans tous les cas**, le certificat de garantie et les avenants éventuels signés par l'adhérent et,

• **En cas de décès :**

- un acte de décès ou un extrait d'acte de naissance,
- un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès,
- toutes pièces relatant les circonstances en cas d'accident,
- un questionnaire remis par l'assureur.

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

- un certificat médical détaillé.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.

• **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD" :**

- un formulaire fourni par l'assureur à compléter par le médecin de l'adhérent et précisant notamment la nature et la date de la première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou d'activité et sa durée probable,
- pour les adhérents salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance. À défaut de perception d'indemnités journalières, une attestation de l'employeur,
- pour les non-salariés, les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation.

• **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS" :**

- les pièces prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD",
- les bulletins de salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
- les bulletins de salaire de la période indemnisée,
- les justificatifs des revenus de substitution (cf. point 7.2.3),
- toutes pièces nécessaires au calcul de la prestation.

• **En cas d'Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE" :**

- les pièces prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD",
- les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail.

• **En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale :**

- les notifications de la Sécurité sociale si l'adhérent a la qualité d'assuré social,
- une constatation médicale pour les non-salariés.

• **En cas d'Invalidité Spécifique AERAS :**

- un certificat médical détaillé,
- un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés,
- un congé de longue maladie pour les fonctionnaires,
- une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

L'assureur pourra compléter le dossier par la demande de tout document qu'il jugera nécessaire pour établir son obligation.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

En cas de déclaration de sinistre au-delà des quatre mois indiqués ci-dessus, le délai de FRANCHISE sera appliqué conformément au paragraphe 7.2.2 et l'indemnisation interviendra au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

11 Modalités de prise en charge

En cas de sinistre, les échéances continuent d'être prélevées par l'organisme de crédit conformément au contrat de prêt.

• **Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,** l'assureur verse directement à l'organisme de crédit le montant garanti tel que défini au paragraphe 7.1.

• **Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS :** à l'issue du délai de FRANCHISE et sous réserve de transmettre périodiquement les justificatifs demandés, l'assureur crédite le compte de l'adhérent sur lequel sont prélevées les échéances du prêt du montant à prendre en charge (cf. point 7.2).

Expertise médicale et contrôle : à toute époque les médecins, agents et délégués mandatés par l'assureur devront pouvoir contrôler l'état de santé de l'adhérent atteint d'incapacité ou d'invalidité. Le médecin traitant de l'adhérent a toujours la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

En cas de contestation, les parties s'engagent à n'avoir recours à la voie judiciaire qu'après une expertise d'arbitrage amiable effectuée par un médecin délégué et désigné d'un commun accord. Les frais seront supportés pour moitié par les deux parties.

12 Coût de l'assurance

Le montant de la cotisation est précisé par l'organisme de crédit lors de la demande de prêt ou sur le certificat de garantie qui est remis à l'adhérent. À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente jours plus tard. Après un nouveau délai de dix jours, l'assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

13 Modification et résiliation

13.1 Modification des garanties

L'adhérent peut modifier ses garanties d'assurance dans des conditions qui lui seront précisées à sa demande par son organisme de crédit.

13.2 Résiliation de l'adhésion

13.2.1 Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier

Conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'adhérent a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Pour ce faire, il doit adresser à l'assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard 15 jours avant le terme des 12 mois. Il doit également notifier à l'assureur par lettre recommandée la décision du prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance présenté en substitution, ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

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

13.2.2 Lorsque le contrat d'assurance garantit d'autres contrats de crédit

L'adhérent a la possibilité de mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur au moins deux mois avant cette date. Le délai commence à courir à compter de la date de réception du courrier par l'assureur.

14 Renoncations

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

En cas de vente à distance, l'adhérent à la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat.

En cas de demande expresse de l'adhérent d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renoncation.

Dans les deux cas, la renoncation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : "*Je soussigné(e) [nom, prénom, et adresse de l'assuré] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Prévi-Crédits 2 n°5027, que j'ai conclu le _____. Fait à _____, le _____. Signature*".

15 Loi applicable

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

16 Fonds de garantie des assurances de personnes

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

17 Langue

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

18 Informations fournies

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

19 Réclamations

Pour toute réclamation relative à l'adhésion ou au sinistre, l'adhérent consulte dans un premier temps son conseiller habituel. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations à SURAVENIR - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'assureur, il peut demander l'avis du Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9.

20 Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies à l'occasion de l'adhésion et de la gestion du présent contrat sont nécessaires au traitement du dossier de l'adhérent.

Le responsable du traitement de ces données à caractère personnel est SURAVENIR qui les utilise principalement pour les finalités suivantes : la gestion des contrats d'assurance, des actions commerciales, les études actuarielles, l'évaluation du risque, le respect de ses obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de SURAVENIR, de SURAVENIR ASSURANCES, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou co-assureurs, de toute entité du groupe Crédit Mutuel Arkéa.

L'adhérent accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Par ailleurs, les données à caractère personnel relatives à l'adhérent peuvent également être transmises à toute instance gouvernementale ou de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'assureur.

Enfin, dans le cadre de son droit d'accès, l'adhérent peut obtenir, par courrier adressé à l'assureur, une copie des données à caractère personnel le concernant.

Le droit d'accès, d'opposition ou de rectification de l'adhérent peut être exercé auprès de l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9.

21 Prescription

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,

- la demande en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

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

22 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104, codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Prévi-Crédits 2 entrant dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment [art. R.561-6-1 du CMF], il peut bénéficier de mesures d'identification et de connaissance allégées des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

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

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

Garantie optionnelle pour les salariés : Assurance Perte d'Emploi

La garantie Assurance perte d'emploi (APE) sera exclusivement accordée en complément de l'option "STANDARD".

1 Objet de la garantie

Cette garantie permet à l'adhérent de garantir, en cas de perte de son emploi, tout ou partie des échéances mensuelles de prêts à l'habitat destinés à l'acquisition de la résidence principale ou secondaire, de prêts à la consommation et de crédits renouvelables, selon l'option choisie parmi les suivantes :

Prêts à l'habitat	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
0	0 - 25 - 37,5 - 50 - 75
25	0 - 25 - 37,5 - 50
37,5	0 - 25 - 37,5
50	0 - 25
75	0

Prêts à la consommation	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
50	0
25	0 - 25
0	25 - 50

Crédits renouvelables	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
100	0
50	0 - 50
0	0 - 50 - 100

À NOTER : la quotité maximale assurée est de 100 % dans le cadre des crédits renouvelables, de 75 % dans le cadre des prêts à l'habitat et de 50 % dans le cadre des prêts à la consommation. Le choix d'une option est définitif pour toute la durée du prêt. La quotité de la garantie APE ne peut en aucun cas être supérieure à la quotité de la garantie Décès. Dans le cadre des contrats commercialisés via le web, en garantie d'un crédit immobilier, la quotité est automatiquement déterminée en fonction de la quotité choisie par l'assuré pour la garantie Décès et ne peut être supérieure à 75 % par prêt assuré toutes têtes assurées confondues.

2 Conditions d'adhésion

Peuvent être assurés l'emprunteur ou le co-emprunteur dès lors qu'ils réunissent chacun, à la date d'acceptation de l'offre de prêt, toutes les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 55 ans,
- être titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, dans le cadre d'un emploi non saisonnier ou non temporaire, chez un employeur ou dans une entreprise ne faisant pas l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.
- ne pas faire l'objet d'une procédure de licenciement dont il aurait été informé à titre individuel ou collectif,
- être susceptible de bénéficier de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi en cas de chômage ou d'indemnités équivalentes pour les agents civils non titulaires ou non fonctionnaires de l'État ou d'une collectivité locale,

- ne pas être en chômage partiel ou technique, démissionnaire, en pré retraite, ne pas avoir été désigné ou ne pas avoir postulé pour un départ dans le cadre d'un contrat de solidarité,
- ne pas avoir de lien familial avec son employeur, personne physique ou les dirigeants d'entreprise qui l'emploient (ascendants, descendants, collatéraux, conjoint, concubin, partenaire d'un pacte civil de solidarité),
- avoir adhéré à l'option "STANDARD".

Cette option n'est pas accessible dans le cadre des contrats commercialisés via le web en garantie d'un crédit à la consommation, ni dans le cadre du contrat renouvelable "ETALIS" ou des contrats Illico Pro/Agri ou Clé-Mat.

Cette option n'est pas ouverte aux cautions, ni au mandataire social d'une personne morale emprunteur.

3 Formalités d'adhésion

L'emprunteur doit renseigner et signer la demande d'adhésion au contrat d'assurance et, à cette occasion, certifier remplir l'ensemble des conditions d'adhésion précisées au point 2.

La demande d'adhésion doit être formulée au plus tard à la date d'acceptation de l'offre de prêt.

L'article L. 113-8 du Code des assurances précise que l'adhésion est nulle 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, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

La sécurité de l'emprunteur et celle de ses proches dépendent donc largement de la sincérité et de l'exactitude de ses déclarations.

4 Prise d'effet des garanties

Dès que l'emprunteur a rempli et signé la demande d'adhésion et sous réserve de son acceptation par l'assureur formalisée dans un certificat de garantie, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de crédit pour les prêts assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,
- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet.

Pour les crédits renouvelables

La garantie prend effet à la date de la première utilisation.

Chaque nouvelle utilisation entraîne l'application des conditions en vigueur le jour de cette utilisation, à l'ensemble des capitaux restant dus par l'adhérent. En conséquence :

- la durée d'indemnisation prévue au paragraphe 10 est calculée à partir de la dernière utilisation,
- la cotisation en vigueur lors de la dernière utilisation s'applique à l'ensemble des capitaux restant dus.

Un délai de carence est applicable à chaque prêt : cela veut dire que la perte d'emploi intervenant pendant ce délai, suivant la date d'effet des garanties, n'est pas prise en charge quelle que soit sa durée.

Les délais de carence applicables sont les suivants :

• Pour les prêts à l'habitat :

- 180 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur,
- 365 jours pour les autres emprunteurs.

• Pour les prêts à la consommation et les crédits renouvelables :

- 90 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur,
- 180 jours pour les autres emprunteurs.

La garantie ne prendra effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

5 Cessation des garanties

La garantie cesse de plein droit :

- à la date d'extinction normale ou anticipée du prêt, ou
 - à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure, sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties, ou
 - en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au point 7, ou
 - lorsque l'adhérent fait valoir ses droits à la retraite dans un régime obligatoire, ou
 - lorsque l'adhérent a atteint la durée maximale d'indemnisation précisée au point 10, ou
 - en cas de résiliation de l'assurance par l'assuré, ou
 - le jour où l'assuré admis comme représentant ou associé d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
 - en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances, ou les conséquences d'un sinistre,
- et au plus tard,
au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 60 ans.

6 Conditions de prise en charge

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'adhérent doit réunir les 3 conditions cumulatives suivantes :

- avoir été licencié de son emploi,
- à ce titre percevoir l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi ou des prestations d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2 ; dans l'hypothèse où, à la date de la perte d'emploi, cette allocation a été supprimée dans le cadre d'une réforme relative à l'allocation chômage, l'assureur retiendra comme allocation de référence celle qui se substitue à l'Aide au Retour à l'Emploi.
- ne pas se trouver dans l'un des cas d'exclusions indiqués ci-dessous.

Est exclue de la garantie, la perte d'emploi qui résulte :

- d'un licenciement pendant le délai de carence tel que défini au paragraphe 4,
- de démission pour quelque cause que ce soit, même indemnisée par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- d'un licenciement dans le cadre duquel l'assuré est salarié :
 - de son conjoint, de son concubin, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'assuré, son concubin, son partenaire d'un pacte civil de solidarité, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise,
- d'un accord conclu avec l'employeur, même si la perte d'emploi est indemnisée par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi,

- d'une rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée,
- de toute forme de cessation d'activité impliquant la non-recherche d'un nouvel emploi (notamment contrat de solidarité - accord FNE (Fonds National de l'Emploi) - mise en préretraite) même indemnisée par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- d'une rupture du contrat de travail en cours ou au terme de la période d'essai,
- de fin de contrat à durée déterminée ou de toute forme de fin de contrat temporaire à durée indéterminée (tels que mission d'intérim, contrat de chantiers), sauf dans le cas prévu au paragraphe 11,
- d'une procédure de licenciement dont l'adhérent aurait été informé à titre individuel ou collectif antérieurement à la date d'effet de la garantie,
- de licenciement non pris en charge par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- de licenciement pour faute grave ou lourde, même indemnisée par le Pôle emploi,
- d'un licenciement dans le cadre duquel l'assuré, bien qu'indemnisé par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, exerce ou poursuit une activité professionnelle, à titre salarié ou non.

Est considérée comme date de rupture du contrat de travail celle de la lettre de licenciement.

7 Coût de l'assurance

La cotisation mensuelle en vigueur est précisée par l'organisme de crédit lors de la demande de prêt ou sur le certificat de garantie qui est remis à l'adhérent. Elle est payable suivant la périodicité de remboursement de prêt choisie.

À défaut de paiement de la cotisation due dans le mois de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours, l'adhésion est résiliée de plein droit si la cotisation n'a pas été payée. En outre, l'assureur pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

8 Formalités en cas de sinistre

8.1 Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 180 jours suivant le 1^{er} jour d'indemnisation continue par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2. **À défaut, la prise en charge interviendra au plus tôt le jour où la déclaration a été faite.**

Le sinistre doit être déclaré à l'adresse suivante :

TSA 31706

35917 Rennes cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

8.2 Les pièces nécessaires à la constitution du dossier à présenter à l'assureur sont les suivantes :

- le certificat de garantie signé par l'adhérent,
- la lettre de licenciement,
- la notification du Pôle emploi ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- Les avis de paiement du Pôle emploi ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- le contrat de travail en vigueur au jour de l'adhésion et au jour du sinistre,
- une attestation à faire compléter par l'employeur (document à réclamer à l'organisme de crédit).

L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif supplémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

9 Modalités de prise en charge

9.1 L'assureur prend en charge le montant assuré de l'échéance à l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, sous réserve de la transmission des justificatifs pour la période concernée.

Le délai de FRANCHISE correspond à la période de chômage pendant laquelle les échéances de prêt ne sont pas prises en charge. Le délai de FRANCHISE, qui est de 90 jours pour le prêt à l'habitat et de 120 jours pour le prêt à la consommation et les crédits renouvelables, est compté à partir du premier jour d'indemnisation continue du Pôle emploi, ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2, au titre de la période de chômage concernée.

Le montant assuré des échéances correspond à la quotité demandée à l'adhésion multipliée par les échéances dues selon le tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour de la rupture du contrat de travail, telle que définie au paragraphe 6. Chaque jour indemnisé par le Pôle emploi ou un régime équivalent précisé au paragraphe 2 compte comme un trentième de l'échéance mensuelle.

Le montant de la prestation mensuelle versée ne peut excéder 2 000 euros par adhérent au titre du contrat pour l'ensemble des prêts.

Le retard éventuel dans le remboursement des échéances n'est pas couvert.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période de chômage ne sera pas prise en compte. En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant la période de chômage, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

En cas de sinistre, les échéances continuent à être prélevées par l'organisme de crédit conformément au contrat de prêt.

L'assuré sera déchu du droit à garantie en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

9.2 En cas de mensualités progressives, il est tenu compte de cette progressivité. Pour les prêts relais et tous les prêts remboursables en un seul terme, la prise en charge porte sur les seuls intérêts payés périodiquement et en aucun cas sur le capital.

9.3 Pour les crédits renouvelables

Sont prises en charge, au terme du délai de FRANCHISE, les mensualités qui correspondent au montant du crédit en cours d'utilisation, à la date de rupture du contrat de travail, telle que définie au paragraphe 6, sans toutefois pouvoir dépasser le montant de la mensualité du crédit en cours pendant la période de chômage. Tout déblocage de fonds intervenant pendant une période de chômage ne pourra être pris en charge au titre de l'assurance.

De plus, il est nécessaire, lors de chaque utilisation, de remplir les conditions d'admission définies au paragraphe 2.

10 Durée de l'indemnisation

10.1 Le service des prestations est maintenu, pendant au plus :

Au titre d'une même période de chômage :

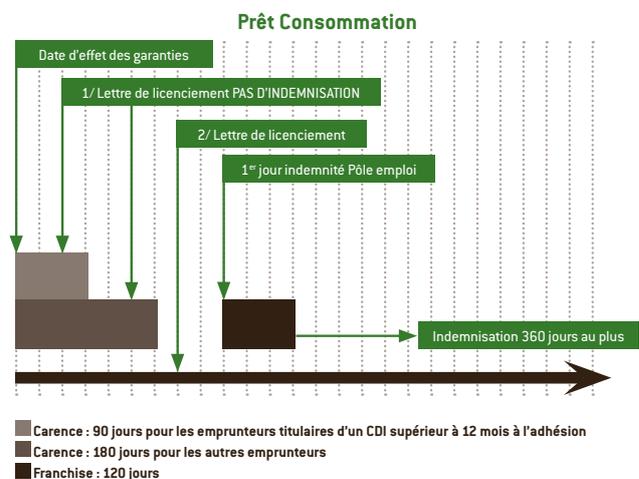
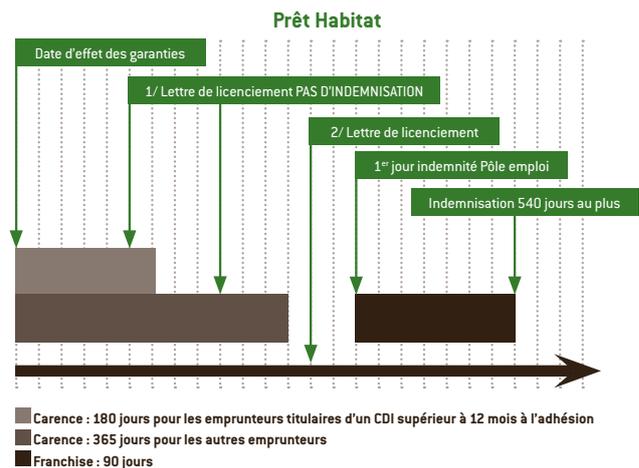
- 540 jours pour les prêts à l'habitat.
- 360 jours pour les prêts à la consommation et les crédits renouvelables.

Au titre de plusieurs périodes de chômage :

- 1 080 jours sur la durée des prêts à l'habitat, à la consommation et les crédits renouvelables.

L'indemnisation cesse à la date à laquelle l'assuré reprend une activité, que ce soit à titre salarié ou non. Elle cesse également à la date d'arrêt du versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi par le Pôle emploi, ou à la date d'arrêt du versement des prestations d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2.

10.2 Les schémas ci-dessous indiquent les modalités d'intervention de la garantie.



Ce tableau vaut également pour les crédits renouvelables.

11 Reprise d'activité suivie à nouveau de chômage

Est considérée comme étant la poursuite de la précédente période d'indemnisation, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité inférieure ou égale à 180 jours effectuée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- une reprise d'activité effectuée au titre d'un contrat de travail à durée déterminée.

Est considérée comme étant une nouvelle période d'indemnisation avec application d'un nouveau délai de FRANCHISE, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité de plus de 180 jours continus dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée au moins à mi-temps chez le même employeur.

En cas de reprise d'activité pendant le délai de FRANCHISE, suivie à nouveau d'une rupture du contrat de travail :

- la perte d'emploi résultant de la première rupture de contrat de travail ne sera en aucun cas indemnisée,
- seule la perte d'emploi résultant de la rupture du second contrat de travail fera l'objet d'un examen par l'assureur dans les conditions prévues aux points précédents.

12 Prescription

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

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

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

13 Renoncations

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

En cas de vente à distance, l'adhérent a la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat.

En cas de demande expresse de l'adhérent d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dans les deux cas, la renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Prévi-Crédits 2 n°5027, que j'ai conclu le _____. Fait à _____, le _____. Signature"*.

14 Loi applicable

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

15 Fonds de garantie des assurances de personnes

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

16 Langue

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

17 Informations fournies

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

18 Réclamations

Pour toute réclamation relative à l'adhésion ou au sinistre, l'adhérent consulte dans un premier temps son conseiller habituel. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations au 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'assureur, il peut demander l'avis du Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9.

19 Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies à l'occasion de l'adhésion et de la gestion du présent contrat sont nécessaires au traitement du dossier de l'adhérent.

Le responsable du traitement de ces données à caractère personnel est l'assureur qui les utilise principalement pour les finalités suivantes : la gestion des contrats d'assurance-vie, des actions commerciales, les études actuarielles, l'évaluation du risque, le respect de ses obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent peut exercer son droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux informations le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de SURAVENIR ASSURANCES, de SURAVENIR, de ses mandataires, de ses sous-traitants, de ses réassureurs ou co-assureurs, de toute entité du groupe Crédit Mutuel Arkéa.

L'adhérent accepte que les données le concernant leur soient transmises pour les besoins du traitement de son dossier.

Par ailleurs, les données à caractère personnel relatives au souscripteur peuvent également être transmises à toute instance gouvernementale ou de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires incombant à l'assureur.

Enfin, dans le cadre de son droit d'accès, l'adhérent peut obtenir, pas courrier adressé à l'assureur, une copie des données à caractère personnel le concernant.

Le droit d'accès, d'opposition ou de rectification de l'adhérent peut être exercé auprès de l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9.

20 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104, codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Prév-Crédits 2 entrant dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment (art. R.561-6-1 du CMF), il peut bénéficier de mesures d'identification et de connaissance allégées des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

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

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

Information assurance emprunteur

Information non contractuelle élaborée dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) révisée le 2 septembre 2015.

Lorsque vous empruntez de l'argent à un organisme financier, celui-ci vous demande d'adhérer à une assurance de groupe qui, en cas d'accident ou de maladie, couvre les risques de décès et le plus souvent, d'invalidité ou d'incapacité de travail pouvant vous empêcher de rembourser vos échéances.

Cette assurance emprunteur est un élément clef de protection pour vous et votre famille. Elle permet, dans les circonstances difficiles évoquées ci-dessus, de conserver le bien que vous avez acheté et d'éviter de transmettre la dette à vos héritiers en cas de décès.

Afin d'améliorer l'accès à l'emprunt et à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé, une nouvelle convention a été signée entre l'État, la profession bancaire, la profession de l'assurance, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées. Elle comporte des règles relatives au respect de la confidentialité des informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes, ainsi qu'un dispositif particulier pour favoriser l'accès à l'assurance des personnes qui présentent un risque aggravé de santé.

Prenez le temps de lire et d'étudier les documents qui vous sont remis à l'occasion d'une demande de prêt. N'hésitez pas à demander des précisions à votre organisme financier.

Information et confidentialité

L'assurance de groupe qui répond à votre besoin de garantie et à celui du prêteur présente de nombreux avantages pour le client :

- les formalités d'adhésion sont simples,
- les risques sont mutualisés, c'est-à-dire répartis entre tous les emprunteurs ayant adhéré au contrat d'assurance de groupe,
- les coûts sont réduits car il s'agit d'un contrat collectif assurant un grand nombre de personnes.

Une obligation d'information réciproque

Quel que soit le contenu du contrat d'assurance emprunteur, il incombe à l'organisme financier de vous donner toutes les informations nécessaires sur les garanties et leurs coûts. Il vous remettra à cet effet, la notice du contrat décrivant les risques garantis, les modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de sinistre. Les conditions définies dans cette notice restent valables pendant toute la durée du prêt.

Vous pouvez également, lors de la démarche d'assurance, demander l'assistance du référent AERAS qui pourra vous répondre directement. Ses coordonnées vous seront communiquées sur simple demande de votre part.

De votre côté, vous devez communiquer à l'assureur un certain nombre d'informations qui lui sont indispensables pour l'appréciation du risque qu'il prend en charge.

Vous aurez ainsi à répondre à un questionnaire sur votre état de santé, à l'aide d'un imprimé que vous signerez. Vous devez veiller à répondre vous-même, complètement et avec la plus grande exactitude, car vos déclarations vous engagent.

En effet, s'il y a une fausse déclaration intentionnelle de votre part, l'assureur est en droit de constater, sur la base de l'article L. 113-8 du Code des assurances, la nullité du contrat et d'en tirer les conséquences. Cela signifie, qu'en cas de sinistre, l'assureur ne prendra pas en charge les échéances avec toutes les conséquences financières que cela peut entraîner pour vous-même et votre famille. Ne prenez pas ce risque.

Un droit à une confidentialité préservée

La convention AERAS réaffirme clairement l'obligation de confidentialité des informations personnelles concernant votre santé. Les informations que vous communiquez sont couvertes par le secret professionnel et sont conservées dans le respect des principes posés par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

L'organisme auprès duquel vous constituez votre dossier de prêt préserve la confidentialité des pièces transmises, au même titre que l'assureur.

Ainsi, votre interlocuteur vous remettra un questionnaire de santé et deux enveloppes, l'une cachetée destinée au médecin-conseil de l'assurance, l'autre (plus grande) au service compétent de l'établissement de crédit.

Qu'il s'agisse d'un formulaire papier ou informatique sécurisé, il vous sera proposé de remplir le questionnaire, seul, soit sur place, soit à votre domicile. Toujours par souci de confidentialité, votre conseiller bancaire ne vous assistera qu'à votre demande.

- Si vous souhaitez que vos réponses ne soient connues que du médecin-conseil, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli, dans l'enveloppe cachetée. Ensuite, vous insérerez cette enveloppe dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.

- Si vous estimez que vos réponses ne nécessitent pas une telle précaution, vous glisserez votre questionnaire sur votre état de santé, dûment rempli, dans l'enveloppe destinée au service compétent de l'établissement de crédit.

Lorsque l'assurance vous est refusée, vous pouvez, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, prendre contact par courrier avec le médecin conseil de l'assureur pour obtenir des précisions sur les raisons médicales du refus.

Comment fonctionne le dispositif, quels sont les types de prêts concernés ?

Les prêts au logement et les prêts professionnels

Lorsque vous formulez une demande de prêt immobilier, une réponse vous sera apportée dans un délai global de 5 semaines à compter de la réception de votre dossier complet, dont 3 semaines maximum pour la réponse de l'assureur à compter de la réception de l'ensemble des pièces et 2 semaines maximum pour celle de la banque après connaissance de votre acceptation de la proposition d'assurance.

Pour ces prêts, la convention prévoit un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance. Cet examen comporte trois niveaux.

Les différents niveaux d'examens

Si votre état de santé ne vous permet pas d'être assuré par le contrat standard de **1^{er} niveau**, votre dossier sera automatiquement examiné, sans demande particulière de votre part, à un **2^e niveau** par un service médical spécialisé.

Si, à l'issue de l'examen de **2^e niveau**, une proposition d'assurance ne peut pas vous être établie, votre dossier sera examiné, automatiquement et sans intervention de votre part, à un **3^e niveau**, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- l'encours cumulé de prêt ne dépasse pas 320 000 euros. En cas d'achat d'une résidence principale, ce montant ne tient pas compte des crédits relais,
- l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Les examens au 2^e niveau et au 3^e niveau s'appliquent lorsque la demande concerne une personne présentant un risque aggravé ou très aggravé de santé. Par rapport à un contrat standard, le tarif sera peut-être plus important, et/ou les garanties parfois limitées.

Malgré ce dispositif, certaines personnes ne peuvent pas être assurées car le risque lié à leur état de santé ne présente pas de caractère suffisamment aléatoire. Si vous êtes dans ce cas, l'établissement de crédit examinera avec vous les possibilités de garanties alternatives à l'assurance.

Il peut s'agir, par exemple :

- du recours à un contrat spécifique,
- du transfert au profit du prêteur des garanties souscrites dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie,
- du nantissement d'un capital dont vous pourriez disposer par ailleurs (bons de capitalisation...),
- du recours à d'autres sûretés, telles que le nantissement d'un portefeuille de valeurs mobilières, la caution ou le gage.

Lorsque la couverture du risque invalidité est possible, les assureurs s'engagent à proposer une **garantie Invalidité Spécifique AERAS**.

Une aide pour les revenus modestes

Pour l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, dans la limite de 320 000 euros cumulés pour les assurés ayant au plus 70 ans en fin de prêt, un mécanisme de mutualisation est mis en place à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit. Les cotisations demandées aux personnes disposant de revenus inférieurs à des seuils prévus par la convention [par référence au plafond annuel de la Sécurité sociale] ne peuvent représenter plus de 1,4 point du taux effectif global de l'emprunt. Au-delà, la fraction de la surprime est prise en charge grâce à ce mécanisme.

DROIT À L'OUBLI

1 Critères relatifs à votre projet

Pour que vous puissiez bénéficier du dispositif mentionné au point 2 ci-dessous, il est nécessaire que :

- votre demande d'assurance concerne soit des prêts immobiliers, soit des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel ;
- votre demande d'assurance porte sur :
 - un financement immobilier en lien avec votre résidence principale dont la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 €,
 - un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie,
- votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^e anniversaire.

2 Il convient de distinguer deux dispositifs applicables selon votre situation :

2.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer, sous certaines conditions

Si votre projet réunit les critères définis au point 1 ci-dessus, vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

- a) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée avant vos 18 ans :
- si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
 - et s'il n'a pas été constaté de rechute⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Ou bien

- b) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :

- si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de rechute⁽²⁾ de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé.

Si votre projet réunit les critères mentionnés au point 1 et l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées point 2.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune réserve concernant cet antécédent. En ce cas, vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au point 2.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur. Toutefois si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur s'engage à ne pas les prendre en compte dans son évaluation du risque.

2.2 L'absence de surprime ou exclusion de garantie sous réserve de déclaration des antécédents de santé pour les pathologies fixées par la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses et également pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée, après examen des antécédents médicaux déclarés.

Lorsque votre projet remplit les critères définis au point 1, que vous ne remplissez pas déjà les conditions prévues au point 2 et que vous êtes affecté d'une pathologie mentionnée dans la grille de référence, alors **vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur mais l'assurance sera accordée dans des conditions standards**.

Vos droits : aucune surprime ou exclusion de garantie, liée à cette pathologie, ne vous sera appliquée si la date de fin du protocole thérapeutique⁽¹⁾ remonte au-delà du délai fixé par la grille de référence pour la pathologie dont vous avez souffert.

Évolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence de pathologies a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance sera accordée aux personnes qui en ont souffert ou en souffrent, dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se feront en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail AERAS.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence de pathologies pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au point 2.1.

Pour plus de renseignements sur ce sujet, vous êtes invités à consulter la rubrique "Droit à l'oubli" sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr

LEXIQUE

[1] Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique" : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

[2] Ce que l'on entend par "rechute" : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Les prêts à la consommation

Si vous souhaitez un crédit à la consommation destiné à un achat précis (objet du prêt spécifié dans l'acte ou justificatif à fournir éventuellement à la banque), vous pourrez bénéficier d'une assurance sans avoir à remplir un questionnaire de santé, sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- vous êtes âgé au maximum de **50 ans** à l'adhésion,
- la durée de crédit est inférieure ou égale à **4 ans** (différé de remboursement éventuellement inclus),
- le montant cumulé de vos crédits entrant dans cette catégorie ne dépasse pas 17 000 euros.

En revanche, les découverts ou les crédits renouvelables, même s'ils sont souscrits en vue d'un achat précis, n'entrent pas dans la catégorie des crédits à la consommation décrite ci-dessus.

Que faire en cas de litige ?

Si vous pensez que les mécanismes de la convention AERAS, tels qu'ils sont décrits dans le texte de la convention, n'ont pas correctement fonctionné, vous pouvez faire appel à une commission de médiation. Elle est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont transmises. Elle facilite la recherche d'un règlement amiable du différend en favorisant le dialogue entre votre médecin et le médecin-conseil de l'assureur.

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

Commission de médiation de la convention AERAS
61, rue Taitbout
75009 Paris.

**Vous pouvez trouver le texte intégral
de la convention AERAS sur le site :**
www.ffsa.fr

Lexique

Accident : se définit comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Adhérent/Assuré : c'est la personne physique sur laquelle repose le risque du contrat.

Ajournement : refus d'assurance fixé pour une période donnée, avec réexamen possible de la demande d'assurance à l'issue de la période considérée.

Certificat de garantie : c'est le document sur lequel sont formalisées les conditions d'assurance (acceptation, refus, ajournement, exclusions, surprimes).

Déclaration de santé : c'est le questionnaire médical complété par le client lors de son adhésion à l'assurance.

Délai de carence : c'est la période pendant laquelle l'assurance ne s'applique pas.

Demande d'adhésion : c'est le document qui est complété par l'assuré lors de l'adhésion à l'assurance. La demande d'adhésion précise les caractéristiques de l'assurance : le montant du prêt, le choix des garanties, les quotités...

Exclusions : ce sont les limites de la garantie. Les exclusions peuvent être :
- générales, lorsqu'elles sont attachées à une garantie,
- particulières, lorsqu'elles sont fonction de l'état de santé de l'adhérent.

Franchise : c'est la période d'arrêt de travail ou d'activité pendant laquelle l'assuré ne pourra pas être indemnisé.

Quotité : quote-part, exprimée en pourcentage et appliquée au montant du prêt, pour déterminer le montant assuré. À titre d'exemple, si l'assuré emprunte 20 000 euros et choisit une quotité de 50 %, le montant assuré sera de 10 000 euros.



Siège social :
232, rue Général Paulet
BP 103 - 29802 Brest cedex 9
www.suravenir.fr

*Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
au capital entièrement libéré de 420 000 000 euros.*

*Société mixte régie par le Code des assurances.
SIREN 330 033 127 RCS Brest.*

*Suravenir est une société soumise au contrôle
de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9).*