# Notice D'information du contrat L1044/0001

## 1. Définitions relatives aux principaux termes employés

*Accident*
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent / assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accident la blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

*Adhérent*
L'Adhérent est la personne physique ou morale, membre de l'AGIS, ayant demandé son adhésion au contrat L. 1044/0001. Il est le payeur des cotisations. L'Adhérent peut être l'Assuré.

*Assuré*
L'Assuré est la personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites par l'Adhérent dans le cadre de l'adhésion au contrat L. 1044/0001. Elle est désignée ci-après "l'Assuré" et nommément désignée sur le certificat d'adhésion.

*Assureur*
SwissLife Assurance et Patrimoine dont le siège social est situé 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret – SA au capital social de 169 036 086,38 euros – Entreprise régie par le Code des assurances – 341 785 632 RCS Nanterre – agissant en son nom propre et pour le compte de Garantie Assistance dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud – SA au capital social de 1 850 000 euros – Entreprise régie par le Code des assurances – 312 517 493 RCS Nanterre.

*Bénéficiaire*
Sauf dérogation, le Bénéficiaire des garanties est le Prêteur.

*Caution*
La Caution s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

*Délai d'attente*
Période décomptée à partir de la date d'adhésion et durant laquelle la garantie ne s'applique pas. Période décomptée à partir de la date d'adhésion et durant laquelle tout licenciement ne pourra donner lieu à aucune indemnisation dans le cadre de la garantie Perte d'Emploi.

*Emprunteur/Co-Emprunteur*
L'Emprunteur est la personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt. Le Co-Emprunteur signe le contrat de prêt avec l'Emprunteur. Il bénéficie du prêt au même titre que l'Emprunteur et est soumis aux mêmes obligations. Dans ce qui suit, le terme d'Emprunteur désigne indifféremment l'emprunteur ou les co-emprunteurs.

*Franchise*
En cas de sinistre, c'est le délai à compter de la date d'arrêt de travail pendant lequel les prestations ne sont pas dues par l'assureur.

*Fumeur / non-fumeur*
Une personne est considérée non-fumeur si elle peut certifier qu'elle n'a pas fumé de cigarette, cigare, cigarillo, pipe ou cigarette électronique au cours des 24 derniers mois précédant la date de signature de la déclaration figurant sur la demande d'adhésion, et qu'elle n'a pas cessé de fumer à la demande expresse du corps médical.

*IPP (Invalidité Permanente Partielle)*
Est reconnu en IPP tout assuré qui, après consolidation de son état, a un taux d'invalidité compris entre 33% et 66% pendant la période de validité de la garantie, et est dans l'incapacité totale et définitive d'exercer à temps plein toute activité lui procurant gain ou profit.

*IPPRO (Invalidité Professionnelle des professions médicales, et des pharmaciens)*
L'assuré est reconnu en Invalidité Professionnelle Permanente à 100 % s'il se trouve, suite à une pathologie et/ou atteinte corporelle, dans l'incapacité totale et définitive d'exercer sa profession. Cette garantie est réservée aux médecins spécialistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires exerçant en libéral, ainsi qu'aux pharmaciens d'officine.

*IPT (Invalidité Permanente Totale)*
Est reconnu en IPT tout assuré qui, après consolidation de son état, a un taux d'invalidité supérieur à 66 % pendant la période de validité de la garantie, et est dans l'incapacité totale et définitive d'exercer toute activité lui procurant gain ou profit, même à temps partiel, même si cette activité est limitée à la surveillance ou à la direction.

*ITT (Incapacité Temporaire Totale de travail)*
Est considéré en ITT tout assuré qui se trouve pendant la période de validité de la garantie temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit, et même si cette activité est imitée à la surveillance ou à la direction.

*Maladie*
Est considérée comme maladie toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

*Prêteur*
Le Prêteur est la personne morale ou physique qui accorde le prêt à l'Adhérent.

*PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)*
Est considéré en PTIA, tout assuré qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

*Quotité*

La quotité du prêt assurée est égale au rapport entre le Capital assuré mentionné au certificat d'adhésion et le montant emprunté.

*Taux d'invalidité*

Le taux d'invalidité est déterminé à partir du barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale de l'assuré et de l'incapacité professionnelle tenant compte de la profession exercée par l'assuré. Le tableau ci-après indique le taux retenu résultant de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Le taux d'invalidité est déterminé par l'Assureur, les **décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne peuvent s'imposer à celui-ci.**

| Taux d'Incapacité Fonctionnelle (%) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Taux d'Incapacité Professionnelle (%) | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 10 | - | - | - | 29,2 | 33,0 | 36,6 | 40,0 | 43,3 | 46,4 |
| 20 | - | - | 31,8 | 36,9 | 41,6 | 46,1 | 50,4 | 54,5 | 58,5 |
| 30 | - | 30,0 | 36,5 | 42,2 | 47,6 | 52,8 | 57,7 | 62,4 | 66,9 |
| 40 | 24,2 | 33,0 | 40,0 | 46,4 | 52,4 | 58,1 | 63,5 | 68,7 | 73,7 |
| 50 | 27,1 | 35,6 | 43,1 | 50,0 | 56,5 | 62,6 | 68,4 | 74,0 | 79,4 |
| 60 | 28,9 | 37,8 | 45,8 | 53,1 | 60,0 | 66,5 | 72,7 | 78,6 | 84,3 |
| 70 | 30,4 | 39,8 | 48,2 | 55,9 | 63,2 | 70,0 | 76,5 | 82,8 | 88,8 |
| 80 | 31,8 | 41,6 | 50,4 | 58,5 | 66,0 | 73,2 | 80,0 | 86,5 | 92,8 |
| 90 | 33,0 | 43,3 | 52,4 | 60,8 | 68,7 | 76,1 | 83,2 | 90,0 | 96,6 |
| 100 | 34,2 | 44,8 | 54,3 | 63,0 | 71,1 | 78,8 | 86,2 | 93,2 | 100,0 |

# 2. Le contrat

## 2.1 Objet du contrat

HODEVA est un contrat d'assurance collectif à adhésion individuelle référencé L 1044/0001 qui a pour objet de couvrir les risques de :

- Décès et PTIA

et en option :

- IPPRO
- ITT et IPT
- IPP

La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT.

- Perte d'emploi

Les options ITT, IPP et Perte d'Emploi comprennent en inclusion l'exonération des cotisations pendant la durée de l'indemnisation.

Le présent contrat propose également en option :

- La couverture des exclusions relatives aux maladies psychiques et dorsolombaires,
- La couverture de sports amateurs spécifiques,

## 2.2 Résidence

L'assurance est ouverte, dans les conditions stipulées au contrat et rappelées ci-après, aux personnes physiques, membres de l'AGIS, titulaires à titre personnel auprès d'un Prêteur d'une opération de crédit immobilier, (y compris prêts travaux d'économie d'énergie ou prêts travaux sans permis de construire), ou professionnel ainsi qu'aux co-emprunteurs et caution, ou représentants d'une personne morale membre de l'AGIS et titulaires d'une opération de crédit immobilier ou professionnel.

Sont éligibles :

- **à toutes les garanties**, les personnes physiques membres de l'AGIS, résidant en France Métropolitaine,
- **aux seules garanties Décès et PTIA, ITT, IPP et IPT** les personnes physiques, membres de l'AGIS, résidant dans les DROM (Mayotte, Guyane Française, Guadeloupe, Martinique, La Réunion), **toutefois la franchise absolue applicable au titre des garanties ITT et IPP est de 90 jours minimum.**
- **aux seules garanties Décès et PTIA**, les personnes physiques de nationalité française, membres de l'AGIS, résidant dans les POM (Polynésie Française, la Nouvelle-Calédonie), à Monaco, en Allemagne, en Belgique, en Grande-Bretagne, en Espagne, au Portugal, en Italie, ou au Luxembourg, sous réserve que le prêt à garantir soit souscrit auprès d'un organisme financier situé dans l'Union Européenne ou en Suisse libellé en euros et rédigé en français. Toutefois, les prêts libellés en Francs Suisse pourront être assurés pour leur contre-valeur en euros au taux de change établi à la date d'effet de l'adhésion.

## 2.3. Opérations de prêts éligibles et quotité assurée

Le montant minimum à assurer est de 15.000€, (5 000€ pour les prêts d'« honneur »), et la durée au moins égale à un an,

Le montant maximum à assurer s'élève à 8.000.000€. Ce plafond est ramené à 2.000.000€ pour les assurés âgés de 75 ans et plus à l'adhésion.

Le montant maximum de la prestation ITT est plafonné à 250€ par jour pour l'ensemble des prêts assurés par Swiss Life pour un même Assuré au titre du présent contrat.

Le montant maximum de la prestation mensuelle au titre de l'IPP est fixé à 3 750,00 € pour l'ensemble des prêts assurés par Swiss Life pour un même Assuré au titre du présent contrat.

**Opérations de prêts éligibles à toutes les garanties du présent contrat :**

- les prêts immobiliers ou professionnels amortissables avec ou sans différé, linéaires ou à paliers, les prêts "taux zéro" sans différé.

**Opérations de prêts éligibles aux garanties Décès, PTIA, ITT, IPP, IPT :**

- les prêts "In fine",
- les prêts "taux zéro" avec différé,
- les prêts relais,
- les Crédits Bail et LOA (Location avec Option d'Achat) professionnels.
- Les prêts d' « honneur » financés par les CCI (Chambres de Commerce et d'Industrie) au profit des nouveaux entrepreneurs.
- Les prêts de restructuration de crédit.

**Les prêts restructurés peuvent être éligibles aux garanties Décès, PTIA, ITT, IPP et IPT, sous réserve qu'ils comportent une part d'immobilier de 60% minimum et qu'ils soient conclus en France Métropolitaine**

La garantie IPPRO ne peut être souscrite dans le cadre d'un emprunt destiné à l'investissement locatif.

**Les Prêts Revolving et les découverts ne peuvent être garantis dans le cadre de ce contrat.**

La quotité du prêt assuré ne peut excéder 100 % par Assuré. Si le capital initial mentionné au certificat d'adhésion est inférieur au montant effectif emprunté, l'engagement de l'assureur pour l'ensemble des garanties sera réduit proportionnellement.

**Le contrat étant exclusivement lié à une opération de prêt, il ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû en cas de sinistres touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.**

## 2.4. Formalités d'adhésion

L'âge minimum d'entrée à l'assurance est fixé à 18 ans révolus.
L'âge maximum d'entrée à l'assurance est fixé à :

- 85 ans pour la garantie Décès.
- 64 ans pour la garantie PTIA.
- 64 ans pour les garanties ITT, IPT, IPP
- 55 ans pour l'Invalidité Permanente Professionnelle
- 58 ans pour la garantie Perte d'emploi.

Chaque Assuré doit donner son consentement écrit à l'assurance sur la base d'une demande d'adhésion comportant un questionnaire rempli et signé. Selon les réponses apportées et en fonction du montant des capitaux à assurer, l'Assureur peut être amené à :

- demander des renseignements complémentaires (certificats ou examens médicaux), ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque,
- subordonner sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé,
- refuser ou limiter sa garantie.

Si des examens médicaux sont demandés, les honoraires sont à la charge de l'Assuré et lui sont remboursés s'il accepte la proposition de l'Assureur ou si celle-ci est assortie d'une surprime ou de conditions restrictives.
L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion dont l'Assuré doit retourner un exemplaire signé, accompagné des copies du tableau d'amortissement et du contrat de prêt.

### *2.4.1. Professions*

Certaines professions peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique ou d'une exclusion des garanties ITT, IPT, IPP.

### *2.4.2. Prêts en cours à l'adhésion*

Un emprunteur peut demander à être assuré pour un prêt déjà mis en place :

- L'étude médicale est alors menée en fonction du capital à assurer au moment de la demande (en tenant compte des éventuels capitaux déjà sous risque chez Swiss Life), **toutefois, quel que soit l'âge de la personne à assurer et le montant des capitaux, un questionnaire médical est à fournir à minima au Médecin Conseil de l'Assureur pour décision.**
- **Les Frais médicaux liés à cette demande spécifique restent à la charge du candidat à l'assurance, en cas de non mise en place du contrat.**

## 2.5. Convention AERAS

### *2.5.1. Objet de la convention*

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date d'adhésion et ne pouvant être garantis dans le cadre de ce contrat (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'Assureur.
Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement dans le cadre d'un contrat de niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée dans les 72 heures sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).
En cas de refus de toute garantie dans le cadre du contrat de niveau 2, sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- Pour les prêts immobiliers (autre que la résidence principale) et professionnels : encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 €, et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt,
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : Prêts d'au plus 320 000 € (sans tenir compte des prêts relais), et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Le dossier est présenté dans le cadre du niveau 3 au pool de Risques Très Aggravés, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

### *2.5.2. Garantie Invalidité Spécifique*

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est proposée, **sous réserve d'acceptation médicale**, dans le cas où les garanties ITT, Invalidité Permanente Partielle et IPT ont été refusées pour des raisons médicales ou assorties d'une exclusion de la (des) pathologie(s) déclarée(s). Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie. La garantie Invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin Conseil de l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies. Tant que dure l'état d'Invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint 65 ans, l'Assureur verse au Prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, à raison de 1/360$^{e}$ du versement annuel ou annualisé par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.
**Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques exclus en ITT figurant au paragraphe 3.3.5 ci-après.**
Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site **www.aeras-infos.fr**

## 2.6. Date d'effet / Durée du contrat

L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion dont un exemplaire est destiné au Prêteur.

- Si l'acceptation de l'Assureur est conforme en tous points à la demande d'adhésion, aux conditions normales de tarif et de garantie prévues par le contrat, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, l'assurance prend effet à la plus tardive des dates suivantes :
  - La date d'effet souhaitée, mentionnée sur la DIA,

- La date d'envoi du certificat et de la délégation d'assurance,
- Selon le choix à l'adhésion : La date de signature de l'acte de prêt qu'il soit notarié ou seing privé, ou la date de premier déblocage des fonds.

- Si l'Assureur subordonne sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, les garanties prennent effet à la plus tardive des dates suivantes :
  - La date d'effet souhaitée, mentionnée sur la DIA,
  - La date de réception par l'Assureur de l'accord sur les conditions d'assurance de l'Assuré, et de l'Adhérent s'il est différent de l'Assuré,
  - Selon le choix à l'adhésion : La date de signature de l'acte de prêt qu'il soit notarié ou seing privé, ou la date de premier déblocage des fonds.

  Pour ces conditions spéciales, la proposition de l'assureur est valable 4 mois à compter de la date d'établissement du certificat d'adhésion qui mentionne les conditions spéciales. A défaut du retour d'un exemplaire de la proposition d'assurance dûment complété et signé dans ce délai de 4 mois, le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.

**Dans tous les cas, la mise à disposition des fonds empruntés doit intervenir dans les 180 jours suivant la date d'envoi du certificat d'adhésion, à défaut le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.**
Si le prêt est déjà en cours au moment de l'adhésion, les garanties prennent effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion.

Les garanties cessent :

- En cas de résiliation de l'adhésion;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date d'exigibilité ou de remboursement du prêt ;
- A la date de survenance de tout événement susceptible de rendre le prêt exigible au sens du contrat de prêt, y compris pour les prestations en cours ;
- A la fin de l'année d'assurance en cours, en cas de résiliation par l'Assuré de son adhésion ;
- Au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 90 ans pour la garantie Décès,
- A l'âge auquel lui est attribuée sa pension vieillesse par son régime de base et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67ans pour la garantie IPPRO,
- A l'âge auquel lui est attribuée sa pension vieillesse par son régime de base et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et Perte d'Emploi.

**La résiliation du contrat d'assurance collective souscrit par l'AGIS auprès de Swiss Life n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au contrat.**

## 2.7. Déclaration du risque / Fausse Déclaration

Les conditions de couverture et les tarifs sont définis lors de l'adhésion au contrat en fonction des déclarations de l'assuré, notamment son âge, son statut fumeur / non-fumeur et sa profession. Les déclarations de l'adhérent et de l'assuré servent de base au contrat. Elles sont présumées sincères et exactes. Le contrat est alors incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des articles L. 113-8 et L. 113-9 du *Code des assurances*.

### Fausse déclaration intentionnelle

**Conformément à l'article L. 113-8 du code des assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.**

### Fausse déclaration non intentionnelle

**Conformément l'article L. 113-9 du code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

## 2.8. Territorialité

**Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas 60 jours consécutifs ou 90 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, sauf dérogation. Les prestations ITT, IPP ou IPT ne peuvent être versées que pour les périodes d'incapacité ou d'invalidité constatées médicalement en France. Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'assuré, si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.**

## 2.9. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du *Code des assurances* :

*Article L.114-1*

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

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

*Article L.114-2*

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

*Article L.114-3*

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.

## 2.10. Litiges et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

*Votre premier contact : votre interlocuteur habituel*

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

*Votre deuxième contact : le service réclamations*

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations :

**MULTI-IMPACT Service Gestion HODEVA/SWISSLIFE**
**1 rue René Francart– BP 283 51687 REIMS cedex 2**

*En dernier recours : le Département Médiation*

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

*Après épuisement des procédures internes : le médiateur de la FFSA*

Le médiateur de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances) peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFSA. Le médiateur de la FFSA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par le Département Médiation, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

**L'autorité administrative chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout -75009 PARIS.**

## 2.10. Droit de renonciation

L'adhérent peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'assureur et établie selon le modèle suivant :

**Modèle de lettre de renonciation**

Messieurs,

Je soussigné(e) *(prénom et nom)*, désire renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance **HODEVA** référencé L1044/0001 du *(date),* pour laquelle j'ai effectué un versement de *(montant).* Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L. 132-5-1 du *Code des assurances*. Date, cachet et signature

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi). **L'Assureur avertira par écrit le Prêteur.**

## 2.11. Informatique et libertés

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. L'adhérent et l'assuré disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant, et du droit de s'opposer à leur traitement pour un motif légitime. Ils peuvent adresser leurs demandes à :

**Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 01.**

En cas de demandes liées à des données médicales, ils doivent libeller celles-ci à l'attention du **médecin-conseil de Swiss Life – 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret.**

# 3. Fonctionnement du contrat

## 3.1. Modification du contrat

### *3.1.1. Modification des garanties*

L'Assuré et/ou l'Adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties :

- Toute augmentation du risque couvert pourra être subordonnée au résultat de la sélection médicale demandée par l'Assureur et le complément de garantie sera assujetti aux mêmes règles, conditions et tarif qu'une nouvelle adhésion.
- Toute diminution ou suppression de garantie sera subordonnée à une autorisation écrite du Prêteur auquel une délégation ou une mise en gage de la présente adhésion a été faite (la modification prendra effet à la date de réception par l'Assureur de l'autorisation écrite du Prêteur).

### *3.1.2. Modification du risque / Information de l'Assureur*

**IRREVOCABILITE DES GARANTIES : Dans la limite de leur terme contractuel, les garanties accordées à l'Assuré à la date d'effet sont maintenues pour toute la durée du prêt. Les changements intervenus dans la situation de l'Assuré en cours de contrat n'ont pas d'incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux conditions et limites indiquées sur le contrat d'assurance collective, la présente**

**notice d'information et les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.**

**Toutefois, l'Assuré et/ou l'Adhérent est tenu d'informer l'Assureur de toutes modifications relatives au(x) prêt(s) déclarés lors de l'adhésion, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du (des) prêt(s). En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance et/ou le montant du capital dû sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.**

**Une modification du plan d'amortissement pendant une période d'ITT, ou d'IPP entraînant l'augmentation des échéances ne peut être prise en compte dans le montant des prestations servies.**

Toute demande de modification, de renonciation, de résiliation, ainsi que toute déclaration de sinistre doit être adressée à l'adresse suivante :

**MULTI-IMPACT Service Gestion HODEVA/SWISSLIFE**
**1 rue René Francart – BP 283 51687 REIMS cedex 2**

## 3.2. Garantie de base Décès & PTIA

### *3.2.1 Objet de la garantie de base*

**En cas de décès de l'Assuré** survenant pendant la période de validité de l'adhésion et avant la fin de l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 90 ans, l'Assureur verse au Prêteur le montant du capital restant dû assuré selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant le décès, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle du décès et après application de la quote-part assurée.

**En cas de PTIA de la personne assurée** survenue avant la liquidation de sa retraite au titre du régime général et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans, l'Assureur verse au Prêteur, à la date de reconnaissance par l'Assureur de la PTIA, après application de la quote-part assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de la PTIA, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de la PTIA.

**Le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant du capital restant dû sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période, après application de la quote-part.**

En aucun cas le montant versé par l'Assureur ne pourra être supérieur à la quote-part assurée du Capital restant dû figurant sur le tableau d'amortissement en vigueur à la date du décès ou de reconnaissance de la PTIA.

Le paiement du capital assuré en cas de Décès ou de PTIA met fin à l'adhésion dans toutes ses clauses et conditions. Si la quote-part assurée est de 100 %, le paiement du capital restant dû met fin également à l'adhésion du Co emprunteur ou de la Caution.

### *3.2.2 Exclusions de la garantie de base*

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques suivants :

- **Le suicide pendant la première année qui suit l'adhésion. Il est toutefois précisé que le suicide est garanti durant la 1ère année à hauteur de 120 000€ maximum pour les emprunts concernant l'habitation principale, et ce dans le cadre de l'article L. 132-7 du Code des Assurances.**
- **Les suites et conséquences de maladies, d'accidents ou de mutilations relevant du fait intentionnel de l'assuré (y compris les tentatives de suicide.**
- **La guerre civile : l'Assureur devra prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, de la participation à un acte terroriste ou de sabotage, à une émeute ou à un mouvement populaire.**
- **La guerre étrangère : Il appartient à l'Assureur de prouver que le sinistre résulte du fait de la guerre étrangère,**
- **La détention, la possession ou la manipulation volontaire par l'assuré d'engins de guerre ou, d'une manière générale, de toute arme de détention interdite.**
- **Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes.**
- **Les émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou rixes. Toutefois, dans les pays de l'U.E., la Suisse, les Etats-Unis, le Japon et le Canada, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou en l'absence de participation active de l'Assuré.**
- **L'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement.**
- **Les risques aériens :**
  - **Dans le cadre de compétitions, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur deltaplane, tentatives de record et sauts en parachute,**
  - **et/ou lors d'un vol dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même,**
- **La participation ou la préparation à un pari, un défi, un concours ou une tentative de record.**
- **La pratique de courses de vitesse, de compétitions ou essais avec un véhicule ou une embarcation à moteur.**

## 3.3 Garanties facultatives

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées sur le certificat d'adhésion au contrat.

### *3.3.1 Incapacité temporaire totale de travail*

En cas d'ITT de l'assuré constatée en France pendant la période de validité de l'adhésion et avant la fin de l'année de ses 67 ans, les prestations sont dues après une franchise, fixée selon le choix à l'adhésion à 30 ou 90 jours ininterrompus d'incapacité temporaire totale de travail survenant avant la liquidation de sa retraite au titre du régime général et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, tant que dure cette incapacité et que les justificatifs d'indemnisation correspondants sont fournis***** :

- bordereaux d'indemnités journalières (ou attestation de versement) de la Sécurité sociale pour les salariés,
- justificatifs de versement d'indemnités journalières du RSI, ou à défaut de la caisse professionnelle obligatoire à laquelle l'assuré est affilié pour les non-salariés.

*****Cf article **4.4** de la présente notice.

L'Assureur verse au Prêteur les échéances de remboursement du prêt affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre

de jours correspondant à l'arrêt de travail justifié. **Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues, à la date de la reconnaissance de l'ITT, ne sont pas pris en compte.**
**Rechute :** L'arrêt de travail survenant moins de 60 jours après la reprise d'activité de donne pas lieu à l'application d'un nouveau délai de franchise lorsqu'il s'agit de la même affection ou du même motif, et la durée de versement des indemnités journalières au titre du premier arrêt est décomptée dans la durée de versement du deuxième arrêt.
**Mi-temps thérapeutique :** En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, une prestation à hauteur de 50% de la quote-part assurée des mensualités est versée selon la franchise souscrite à l'adhésion, et pour une durée maximale de 180 jours.
**Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle :** Pour les assurés sans activités au jour du sinistre, est considéré en ITT l'assuré qui se trouve pendant la période de validité de la garantie dans l'impossibilité temporaire et totale médicalement constatée d'effectuer au moins 1 des 4 actes de la vie quotidienne : La prestation s'élève alors à 50% de la quote-part assurée des mensualités est versée selon la franchise souscrite à l'adhésion, et pour une durée maximale de 180 jours.
**Définition de l'incapacité totale d'accomplir seul un acte élémentaire de la vie quotidienne** :
**Les 4 actes élémentaires de la vie quotidienne sont : 1) se laver 2) s'habiller, 3) se déplacer, 4) s'alimenter.**
***Se laver :*** tant le haut que le bas du corps.
***S'habiller :*** enfiler ou enlever les vêtements qu'il porte quotidiennement. Un besoin d'assistance uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements n'est pas considéré comme une incapacité physique totale de s'habiller.
***Se déplacer :*** se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane. Se lever, se coucher, s'asseoir : passer de chacune des positions suivantes à l'autre : debout / assis ; assis / couché ; assis / debout ; couché / assis.
***S'alimenter :*** porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement servis et coupés.
**L'incapacité totale d'effectuer un ou plusieurs actes élémentaires de la vie quotidienne doit être médicalement constatée par le médecin mandaté par l'Assureur.**
On comprend par montant de l'échéance :

- Pendant la période de différé d'amortissement : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée.
- Pendant la période d'amortissement : Le montant des échéances de remboursement prévues sur le tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée.
- Prêt "In fine" et Prêt relais : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée, la garantie ITT ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.
- Crédit-Bail/LOA : Le montant des loyers Hors Taxe, selon la quotité assurée, la garantie ITT ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent l'option d'achat du bien.

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt.

**Dans le cadre d'un prêt à taux variable, le montant de l'échéance prise en charge, avant application de la quotepart assurée, ne pourra être supérieure de plus de 30% à l'échéance figurant sur le tableau d'amortissement communiqué lors de l'adhésion.**

**Le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.**

**En aucun cas le montant pris en charge ne pourra être supérieur à la quote-part assurée de l'échéance figurant sur le tableau d'amortissement en cours à la date de survenance du sinistre.**

**Sauf demande dérogatoire lors de l'adhésion et sous réserve d'accord de l'Assureur, le montant de la prestation ITT est plafonné à 250€ par jour pour l'ensemble des prêts assurés par Swiss Life pour un même Assuré au titre du présent contrat.**

### *3.3.2 Invalidité permanente*

**Invalidité Permanente Partielle :**
En cas d'IPP de la personne assurée survenue avant la liquidation de sa retraite au titre du régime général et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans, après une période appelée franchise et fixée à 30 ou 90 jours ininterrompus, selon le choix à l'adhésion, ou dès la reconnaissance de l'état d'IPP de l'Assuré par l'Assureur si l'Invalidité fait suite à une ITT, tant que cette IPP reste comprise entre 33 % et 66 % inclus selon le taux défini par le Médecin Conseil de l'Assureur sur la base du tableau croisé figurant à l'article 1 ci-dessus, l'Assureur verse au Prêteur **50% de la quote-part assurée des termes périodiques de remboursement du prêt.**

**Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt. Le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.**
**Toutefois, dans le cadre d'un prêt à taux variable, le montant de l'échéance prise en charge, avant application de la quote-part assurée, ne pourra être supérieure de plus de 30% à l'échéance figurant sur le tableau d'amortissement communiqué lors de l'adhésion.**

**Invalidité Permanente Totale :**
En cas d'IPT de la personne assurée survenue avant la liquidation de sa retraite au titre du régime général et au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans, l'Assureur verse au Prêteur, à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'IPT, avec application de la quote-part assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de l'IPT, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de l'IPT.
**En aucun cas ce montant ne pourra être supérieur à 2.000.000,00€.**

Le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant du capital restant dû sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.
En aucun cas le montant versé par l'Assureur ne pourra être supérieur à la quote-part assurée du Capital restant dû figurant sur le tableau d'amortissement en vigueur à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente et Totale.
Le paiement du capital assuré en cas d'IPT met fin à l'adhésion dans toutes ses clauses et conditions. Si la quote-part assurée

est de 100%, le paiement du capital restant dû met fin également à l'adhésion du Co emprunteur ou de la Caution.

### *3.3.3 Invalidité Professionnelle*

**Pour les professions médicales spécialisées**

Cette Option est réservée aux médecins spécialistes, chirurgiens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires exerçant en libéral.

L'assuré est reconnu en Invalidité Professionnelle Permanente à 100 % s'il se trouve, suite à une pathologie et/ou atteinte corporelle, dans l'incapacité totale et définitive d'exercer sa profession L'incapacité totale est définitive d'exercer sa profession est établie par l'Assureur sur la base d'une expertise médicale, en fonction :

- Des conditions normales d'exercice de la profession de l'assuré
- Des possibilités d'exercice de sa profession qui subsistent après recours aux aides techniques disponibles (prothèses, canne ou tout autre équipement)

En cas d'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %, si celle-ci est consolidée au plus tard à la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans ou avant d'avoir atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 60 ans et à condition qu'il exerce de manière effective à la date du sinistre, la profession indiquée sur la DIA, l'Assureur verse à l'organisme financier, à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100%, la quote-part assurée du Capital Restant Dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %.

**En aucun cas ce montant ne pourra être supérieur à 2.000.000,00€**

**Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette option met fin à l'adhésion.**

**Pour les pharmaciens**

Cette option est réservée aux pharmaciens d'officine sous réserve qu'ils soient titulaires d'un diplôme d'état et inscrits au Conseil National de l'Ordre et qu'ils exercent réellement la profession de pharmacien.

L'assuré est reconnu en Invalidité Professionnelle Permanente à 100 % s'il se trouve médicalement, suite à une pathologie et/ou atteinte corporelle, dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer sa profession de pharmacien d'officine suite à une décision de son Conseil National de l'Ordre, en application des articles 5013bis anc. et 5125.21 alinéa 3 du Code de la Santé Publique

Si l'Assuré se trouve médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer sa profession de pharmacien d'officine suite à une décision de son Conseil National de l'Ordre, en application des articles 5013bis anc. et 5125.21 alinéa 3 du Code de la Santé Publique, l'Assureur verse à l'organisme financier, à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %, la quote-part assurée du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100 %. **En aucun cas ce montant ne pourra être supérieur à 2.000.000,00€.**

**Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de cette option met fin à l'adhésion.**

### *3.3.4 Perte d'emploi*

**Définition**

L'Assuré est considéré en Perte d'Emploi lorsqu'à la suite d'un licenciement à l'initiative de son employeur, il est admis par le Pôle Emploi (ou assimilé), au bénéfice de l'allocation de base : Allocation de Retour à l'Emploi "ARE" (hors allocations spécifiques).

**Garanties accordées**

**Pour bénéficier de la garantie Perte d'Emploi, l'Assuré doit, à la date de son licenciement, exercer à titre principal une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois consécutifs chez un même employeur ouvrant droit aux allocations de base et de fin de droits, versées par le Pôle Emploi (ou assimilé).**

La garantie est effective à l'issue d'un délai d'attente de 180 jours. Tout licenciement intervenant pendant la période de carence ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation par l'Assureur.

**Montant et durée des prestations**

Les prestations sont versées, après décompte d'une franchise de 90 jours, dès le 91ème jour de chômage total et continu (période indemnisée à ce titre sans discontinuité par le Pôle Emploi ou assimilé), décompté à partir du premier jour indemnisé par le Pôle Emploi (ou assimilé), pour le paiement des allocations chômage.

Le décompte de la franchise est suspendu lorsqu'intervient durant cette période, l'un des éléments suivants :

- Une prise en charge par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie, maternité ou accident du travail,
- Un stage, ou une reprise d'activité.

**Les prestations sont égales (après application de la franchise) à 60 % du montant des échéances mensuelles dues en capital et en intérêts au titre de la période indemnisable.**

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt et ne peuvent être supérieurs à ceux découlant des caractéristiques des prêts telles qu'elles ont été déclarées à l'Assureur.

**Le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.**

Le montant des prestations perte d'emploi au titre du cumul des prêts garantis est limité à 2 500 € par mois.

Toute reprise du travail, stage ou arrêt de travail indemnisé par la Sécurité Sociale d'une durée inférieure ou égale à 60 jours, intervenant pendant l'indemnisation au titre du présent contrat est considérée comme une simple suspension de l'indemnisation, le décompte s'effectue sur la base des journées non indemnisées par le Pôle Emploi (ou assimilé), au sens du présent contrat du fait de cette reprise du travail, de ce stage ou de cet arrêt de travail.

La prise en charge et le décompte des droits à hauteur de la quote-part de l'échéance reprend à l'issue de cette période sans

application de franchise, en tenant compte de la période déjà indemnisée et dans la limite de 12 mensualités prises en charge.

En cas d'interruption de l'indemnisation du Pôle Emploi (ou assimilé) telle que définie ci-dessus supérieure à 60 jours et inférieure à 24 mois, un nouveau dossier de demande de prestation est ouvert, une franchise de 90 jours est appliquée à l'issue de laquelle la prise en charge et le décompte des droits à hauteur de la quote-part de l'échéance reprend, en tenant compte de la période déjà indemnisée et dans la limite de 12 mensualités prises en charge.

**Limite de garantie**

Les prestations versées par l'Assureur ne peuvent en aucun cas excéder le montant des sommes dues au prêteur par le ou les emprunteurs au titre de la période de prise en charge, déduction faite des éventuelles indemnisations au titre de contrats de même nature souscrit auprès d'autres Compagnies d'Assurances pour le même sinistre.
Le montant de la prestation versée par l'Assureur augmenté des allocations payées par le Pôle Emploi et des éventuelles pensions à caractère viager (type pension de retraite militaire) ne peut être supérieur au salaire net imposable de la personne assurée perçu au cours des 12 derniers mois précédant son licenciement. En cas de dépassement, l'indemnité à verser par l'Assureur est réduite à due concurrence. Lorsqu'il existe des co-emprunteurs, assurés pour un même prêt, il sera tenu compte en cas d'indemnisation de l'un d'eux de ses revenus avant et pendant le chômage, indépendamment des revenus de l'Assuré toujours en activité.
En cas de perte d'emploi simultanée, l'indemnisation de l'Assureur ne pourra pas dépasser 100 % du montant des échéances dues au Prêteur, plafonnée à 5.000€ par mois.

**Durée maximale du versement des prestations**

Les prestations sont versées tant que dure le chômage total de l'Assuré, et au plus tard jusqu'à la première des dates suivantes :

- Dès que 12 prestations mensuelles ont été versées sur une même période continue ;
- A la date de cessation de la garantie;
- Dès que l'Assuré reprend une activité rémunérée totale ou partielle, quelle que soit la nature de cette activité, que ce soit à titre de salarié ou non ;
- A la date de cessation du versement des allocations chômage, (allocations de base : Allocation de Retour à l'Emploi "ARE"), ou, le cas échéant, des allocations de formation ;
- A la date de mise en retraite, ou de mise en préretraite et, au plus tard, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'Assuré atteint son 67e anniversaire ;
- Dès que l'Assuré est en ITT ou en IPP par suite de maladie ou d'accident et qu'à ce titre les allocations du Pôle Emploi (ou assimilé) sont suspendues ;
- En cas de résiliation de la garantie Décès/PTIA au titre du présent contrat pour quelque raison que ce soit ;
- A la date du début de la période où l'Assuré perçoit des allocations chômage au titre de la création d'entreprise ;
- A la date de survenance de tout événement susceptible de rendre le prêt exigible au sens du contrat de prêt, y compris pour les prestations en cours.

**Reconstitution des droits**

Pendant toute la durée du prêt et tant que l'Assuré n'a pas atteint l'âge de 67 ans, les droits à indemnisation en cas de perte d'emploi pour une durée de 12 mois continus, après application de la période de franchise de 90 jours et dans les conditions décrites ci-dessus, sont renouvelés après une période de 24 mois continus en CDI (Contrat à Durée Indéterminée).

**Durée de la garantie**

La garantie est accordée à chaque Assuré, à compter de la date d'effet définie au paragraphe 2.6. "Effet et durée des garanties". Si l'Assureur observe un déséquilibre technique des résultats de la garantie Perte d'emploi, il peut proposer un nouveau tarif en informant l'Adhérent 3 mois au moins avant son entrée en vigueur. L'adhérent a alors la possibilité de demander la résiliation de son option "Perte d'Emploi" un mois au moins avant l'entrée en vigueur du nouveau tarif.

### *3.3.5 Exonération*

En cas d'ITT, d'IPP ou de Perte d'Emploi donnant droit aux prestations définies ci-dessus, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations de l'Assuré indemnisé, pendant la durée de versement de l'indemnité (l'indemnisation n'interrompt pas le prélèvement des cotisations qui sont remboursées).

### *3.3.6 Exclusions applicables aux garanties facultatives*

**Les exclusions relatives à la garantie de base s'appliquent aux garanties facultatives.**
**En outre, l'ITT, l'IPP, l'IPT et l'IPPRO consécutives à l'un des faits, affections ou pratiques suivants sont exclues :**

- **Les accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et non déclarés à l'adhésion ainsi que ceux qui sont formellement exclus sur le certificat d'adhésion,**
- **Les accidents ou maladies pour lesquels l'Assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat. Toutefois, sont pris en charge les sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie,**
- **Les accidents de la circulation lorsque le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est égal ou supérieur au taux maximum prévu par la législation en vigueur à la date de l'accident, les sinistres résultant de l'alcoolisme chronique,**
- **La tentative de suicide,**
- **Toute pathologie rachidienne (cervico-dorso-lombosacrée), ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaire n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs, sauf s'il s'agit d'une fracture, d'une entorse, ou de pathologies rachidiennes, ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaires d'origine tumorale,**
- **Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxiodépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement, sauf ceux ayant nécessité une hospitalisation de plus de 5 jours consécutifs, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.**
- **Les séjours et hospitalisations dans les maisons de retraite, de santé médicale, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident ou une maladie couverts par le contrat),**

- **Les traitements d'amaigrissement, de rajeunissement, ainsi que les cures de toutes natures,**
- **Les traitements esthétiques sauf si le traitement est consécutif à un accident ou une maladie garantie au contrat,**
- **Toute grossesse, ses suites et conséquences sauf en cas de grossesse pathologique (aucune indemnisation pendant la durée légale du congé maternité, la franchise s'appliquant au terme de ce congé),**
- **La pratique d'un sport à titre professionnel,**
- **La pratique des sports ci-après, sauf s'ils sont pratiqués à titre occasionnel ou dans le cadre d'un baptême ou d'une Initiation et sous la responsabilité d'un professionnel :**
  - **La pratique de sports automobiles, sports aériens, sports de combat, sports de neige (sauf pratique sur piste du ski alpin, ski de fond, monoski et surf),**
  - **La pratique de l'escalade, de la randonnée en montagne au-delà de 3000 mètres, de la spéléologie, du canyoning,**
  - **La pratique de l'équitation avec sauts d'obstacle, de la voile à plus de 20 miles des côtes, de la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur,**
  - **La pratique d'un sport mentionné à l'article 3.3.7**

**De plus, sont exclus de la garantie Perte d'Emploi :**

- **La mise en retraite ou préretraite, ou départ dans le cadre des conventions conclues entre l'employeur et l'Etat et n'impliquant pas la recherche d'un emploi (Fonds national pour l'emploi,...) ou de conventions de conversion,**
- **La démission volontaire, légitime ou non, même si elle est indemnisée par le Pôle Emploi,**
- **Le chômage à l'issue ou en cours de contrat de travail à durée déterminée (emplois temporaires, saisonniers, missions d'intérim, contrats de chantier...) sauf lorsque ce contrat interrompt une période de chômage garanti par l'assureur et ce dans la limite d'indemnisation de 12 mois au titre de la période de chômage total garantie**
- **Le chômage survenant pendant ou au terme d'une période d'essai ou de stage,**
- **Le licenciement pour lequel l'assuré était prévenu ou en situation de préavis au moment de la demande d'adhésion,**
- **Le congé de formation prévu dans le cadre d'un licenciement pour lequel l'assuré était prévenu au moment de l'adhésion,**
- **les périodes de formation professionnelle si l'assuré perçoit des allocations de formation,**
- **Le licenciement consécutif à une mise en liquidation judiciaire de l'entreprise prononcée avant l'adhésion,**
- **Le licenciement non pris en charge par le Pôle Emploi (ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou d'une collectivité locale),**
- **Le chômage partiel ou saisonnier,**
- **Le licenciement notifié au cours de la période de carence ne peut donner lieu à aucune indemnisation,**
- **Le licenciement notifié après expiration des garanties, par exemple lorsque l'Assuré a résilié son adhésion ou en cas de non-paiement des cotisations,**
- **Les ruptures de contrat de travail en raison de maladie ou d'invalidité non indemnisée par le Pôle Emploi,**
- **Le licenciement pour faute grave ou lourde,**
- **Le chômage consécutif au licenciement d'un Assuré lorsqu'il est salarié de son conjoint, d'un ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral, partenaire de PACS,**
- **La cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit "départ négocié" ou "rupture conventionnelle" (y compris ceux donnant droit à indemnisation par le Pôle Emploi).**

### *3.3.7 Rachat d'exclusion*

L'adhérent peut demander à bénéficier d'une couverture étendue concernant d'une part les maladies psychiques et dorsolombaires et d'autre part pour la pratique d'un certains sports spécifiques en amateur. **Lorsque cette option est choisie, hors les extensions de couverture détaillées ci-dessous, il n'est pas autrement dérogé aux exclusions figurant dans la notice et qui continuent à produire tous leurs effets.**

**Maladies psychiques :** Couverture en cas de maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxiodépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement, sans conditions d'hospitalisation. Une franchise absolue minimale de **90 jours** continus devra être appliquée (même si la garantie incapacité/invalidité du contrat a été souscrite initialement avec une franchise de 30 jours).

**Pathologies dorsolombaires :** Couverture de toutes pathologies rachidiennes (cervico-dorso-lombo-sacrée) ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaires, sans conditions d'hospitalisation. Une franchise absolue minimale de **90 jours** continus devra être appliquée (même si la garantie incapacité/invalidité du contrat a été souscrite initialement avec une franchise de 30 jours).

## 3.4 Garantie provisoire Décès accidentel

Une garantie temporaire Décès Accidentel est accordée à compter de la réception de la demande d'adhésion par l'Assureur pour une durée maximale de 2 mois, sous réserve de l'existence d'une proposition de prêt en faveur du candidat à l'assurance. Cette garantie provisoire cesse à la date de communication par l'Assureur de sa décision d'acceptation, de limitation ou de refus des garanties demandées. Le montant assuré est le montant emprunté multiplié par la quotité d'assurance demandée en décès, dans la limite de 150 000€.

**Les exclusions applicables à cette garantie sont celles correspondant à la garantie Décès (paragraphe 3.2.2)**.

Les formalités applicables en cas de Sinistre sont celles applicables en cas de Décès Accidentel accompagnée de la preuve de l'existence d'une offre de prêt en faveur de l'Adhérent et acceptée par lui à la date de la Demande d'adhésion.

Cette garantie prend fin à la première des dates suivantes :

- Date d'envoi par l'Assureur de son acceptation aux conditions normales pour les garanties demandées,
- Date d'acceptation par l'Adhérent de conditions particulières,
- Date de communication du refus de l'Assureur,
- 60 jours après la prise d'effet de ladite garantie.

La garantie temporaire Décès accidentel ne peut en aucun cas se cumuler avec la Garantie décès du présent contrat.

## 3.5 Paiement des cotisations

**IRREVOCABILITE DU TARIF : Le montant des primes indiqué à la date d'effet, ou au dernier avenant venu le modifier, est garanti pour toute la durée du prêt, sauf, le cas échéant, adjonction ou suppression de garanties ou modification des caractéristiques telles que définies dans le contrat de prêt**

**d'origine (cf. articles 3.1 ). Toutefois, tout changement du taux des taxes et/ou toute instauration de nouvelles impositions applicables aux garanties du présent contrat entraîneront une modification du montant de la cotisation.**
Les cotisations sont appelées par l'Assureur. Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique. La première cotisation est payable après acceptation des conditions d'assurance. Elle est appelée à compter de la date prévue du déblocage des fonds telle qu'indiquée sur la demande d'adhésion.

### *3.5.1 Défaut de paiement*
A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Prêteur est informé du contentieux, l'assurance est résiliée 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée par l'Assureur.
Toutefois, à compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande, le délai de 30 jours mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 113-3 du code des assurances, lorsqu'il est applicable, est porté à 120 jours pour les assurances ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt relevant du chapitre II du titre Ier du livre III du code de la consommation et figurant dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission ou le juge. Le contrat d'assurance correspondant ne peut pas être résilié pendant la période de suspension et d'interdiction des procédures d'exécution et des cessions de rémunération définie au premier alinéa du présent article. (Article L. 331-3-1 du code de la consommation).

**L'Assureur est tenu d'informer le prêteur du non-paiement par l'emprunteur de sa prime d'assurance ou de toute modification substantielle de l'adhésion. L'Assureur informe le prêteur en cas de résiliation de l'adhésion.**

## 3.6 Résiliation
Chaque Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion à chaque échéance anniversaire, **sous réserve de l'accord du Prêteur**, au moins un mois avant et à condition d'être, à cette date, à jour de cotisations. **La résiliation ne donne lieu à aucun remboursement de cotisations de la part de l'assureur.**

# 4. Modalités en cas de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans les plus brefs délais à l'assureur par l'adhérent à l'adresse suivante :
**MULTI-IMPACT Service Gestion HODEVA/SWISSLIFE**
**1 rue René Francart – BP 283 51687 REIMS cedex 2**
**Tél. 03.26.47.07.07** (coût d'un appel local) **- Fax 03.26.47.94.41**
**E-mail:** medical@multi-impact.com

L'adhérent doit fournir à ses frais les pièces médicales ou tout autre document dont l'assureur demandera la production. Toute pièce médicale est à envoyer sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'assureur.
La déclaration doit être accompagnée de tous documents nécessaires à l'instruction du dossier. Les pièces à fournir sont principalement :

## 4.1 Dans tous les cas :
- Copie du tableau d'amortissement établi par l'organisme de crédit au moment du sinistre ;
- Copie de l'offre de prêt signée par l'organisme de crédit et l'emprunteur ;
- Copie de l'attestation d'assurance de prêt ;
- Pour les cautions : copie de l'acte de cautionnement.

## 4.2 En cas de décès
- La déclaration de décès sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- Une photocopie du certificat d'adhésion.
- Un acte de décès au nom de l'assuré.
- Un certificat médical précisant la cause du décès ; si cette dernière n'y figure pas, joindre une lettre indiquant cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance de la famille ou de l'entourage.
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.

## 4.3 En cas de PTIA
- La déclaration de PTIA sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- Un certificat du médecin traitant faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'invalidité ainsi que la date à laquelle elle a revêtu la forme de PTIA, certifiant l'incapacité absolue et définitive pour l'assuré d'exercer une activité quelconque et la nécessité d'être assisté en permanence d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.
- La notification de l'organisme de couverture sociale attestant l'admission en invalidité permanente et totale et précisant que l'assistance d'une tierce personne est nécessaire en permanence.
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.

## 4.4 En cas d'ITT – IPP - IPT
### *4.4.1 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail*
- La déclaration d'incapacité totale de travail par suite de maladie ou d'accident sur le formulaire fourni par l'Assureur,

- L'attestation médicale d'incapacité totale de travail par maladie ou accident sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- Un certificat médical détaillé et toutes pièces justificatives notamment :
  - pour les Assurés salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale,
  - pour les personnes non affiliées au régime général une attestation de l'employeur précisant la date de l'arrêt de travail,
  - pour les non-salariés, les justificatifs de versement d'indemnités journalières du RSI, ou à défaut de la caisse professionnelle obligatoire à laquelle l'assuré est affilié.
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.

**Tout arrêt de travail ouvrant droit aux prestations déclaré au-delà de 180 jours comptés à partir de la date de sa survenance est considéré comme étant survenu le jour où la déclaration en a été faite. Toutefois, il n'est pas fait application du délai de franchise.**

### *4.4.2 En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale*

- Si l'Assuré est salarié affilié au régime général de la Sécurité Sociale : la notification d'attribution de la pension et les justificatifs de versements correspondants, si l'Assuré est non salarié, fonctionnaire ou non affilié au régime général de la Sécurité Sociale : un certificat médical détaillant l'état d'invalidité, état que l'Assureur reconnaît à la suite d'expertises médicales périodiques,
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi. Un certificat médical détaillé établi par le médecin de l'Assuré précisant la nature et l'origine de l'invalidité.

## 4.5 En cas d'Invalidité Professionnelle pour les professions médicales spécialisées et les Pharmaciens

### *4.5.1 Pour les professions médicales spécialisées*

- Un certificat médical détaillant l'état d'invalidité, état que l'Assureur reconnaît à la suite d'expertise(s) médicale(s)
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi. Un certificat médical détaillé établi par le médecin de l'Assuré précisant la nature et l'origine de l'invalidité

### *4.5.2 Pour les pharmaciens :*

- Le certificat médical établi par une autorité médicale compétente, confirmant l'arrêt total d'activité depuis au moins un an,
- Le certificat de radiation de la profession établi par le Conseil National de l'Ordre.
- Un certificat médical détaillant l'état d'invalidité, état que l'Assureur reconnaît à la suite d'expertise(s) médicale(s).
- En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.
- Un certificat médical détaillé établi par le médecin de l'Assuré précisant la nature et l'origine de l'invalidité.

## 4.6 En cas de perte d'emploi :

L'Assuré devra déclarer sa Perte d'Emploi avant le 91ème jour de chômage décompté à partir du 1er jour indemnisé par le Pôle Emploi (ou assimilé) pour le paiement des allocations chômage et accompagner sa déclaration de la copie des justificatifs suivants :

- Le contrat de travail et la lettre de licenciement ;
- La lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi (ou assimilé) ou par l'Etat ;
- Les décomptes de paiement d'allocations du Pôle Emploi (ou assimilé) ;
- Les bulletins de salaire des 12 mois ayant précédé le début du chômage ;
- Toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier et demandée par l'Assureur.

L'Assuré devra fournir, les avis de paiement des allocations du Pôle Emploi (ou assimilé) pour bénéficier des indemnités du présent contrat.

**L'assureur se réserve le droit de demander, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires. L'assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment à des enquêtes, et demander que l'assuré se fasse examiner par un médecin désigné par l'assureur. Aussi longtemps que les pièces à l'appui n'ont pas été produites et qu'il n'a pas été fait droit aux demandes de l'assureur, aucune prestation n'est exigible.**

# 5. Loi applicable

**Le présent contrat ainsi que les relations précontractuelles sont régis par la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises**