

NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE EMPRUNTEUR IMMO

Contrats d'assurance de groupe des prêts immobiliers souscrits par le Crédit Lyonnais, « le Prêteur » auprès des assureurs CACI VIE (contrat n° L-2018-01-25-230-3) et CACI NON-VIE (contrat n° N-2018-01-25-230-3) (ci-après « l'Assureur »)

I – Dispositions générales

Les présents contrats d'assurance sont régis par le Code des assurances et relèvent du droit français.

Article 1 - Objet du contrat

Le Crédit Lyonnais a souscrit les présents contrats d'assurance auprès de CACI VIE (pour la garantie Décès) et CACI NON-VIE (pour les autres garanties) pour permettre à ses clients emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions de s'assurer contre les conséquences des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Les garanties ITT, IPT et IPP sont optionnelles pour les investisseurs locatifs, les clients sans activité professionnelle et les clients âgés de plus de 59 ans. Ces garanties, ne peuvent être contractées séparément les unes des autres.

Le client (qu'il soit emprunteur, co-emprunteur ou caution) non résident de France ne peut adhérer qu'aux seules garanties Décès et PTIA.

Article 2 - Définitions

Accident

Un Accident est une atteinte corporelle subie par l'Assuré qui est non intentionnelle de sa part et qui provient de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

AVC : tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes confirmé par un médecin neurologue au plus tôt un mois après l'événement.

Cancer : toute tumeur à développement anarchique qui franchit, sans les respecter, les limites de son tissu originel confirmée par l'examen anatomo-pathologique définitif, qui déterminera le point de départ de la date de diagnostic (classification internationale pTNM).

Consolidation

Il est entendu par consolidation le moment à partir duquel les lésions, caractérisant un certain degré d'incapacité de l'Assuré, se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement ne permet pas d'y remédier mais permet seulement d'éviter une aggravation.

Franchise

La Franchise est la période durant laquelle aucune prestation n'est ni due ni payée au titre de votre ITT, le paiement des échéances du Financement restant à la

charge de l'Assuré durant cette période. La Franchise débute à la date du premier jour de l'ITT en question.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : vous êtes considéré en ITT si à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous êtes contraint d'interrompre totalement, sur prescription médicale et pour des raisons médicales, pendant plus de 90 jours complets et continus votre activité professionnelle rémunérée ou toute recherche d'emploi si vous êtes indemnisé par Pôle Emploi.

Infarctus du myocarde : lésion(s) vasculaire(s) coronaire(s) avec nécrose du muscle cardiaque, permanente et irréversible.

Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP) si à la date de consolidation de votre état de santé vous présentez une incapacité (définie à l'article 12) :

- supérieure ou égale à 66%, vous êtes considéré en IPT,
- supérieure ou égale à 33% et inférieure à 66%, vous êtes considéré en IPP.

Opération de prêt

L'Opération de prêt désigne l'ensemble des prêts souscrits auprès du Prêteur au titre d'une même opération et couverts en application du Contrat collectif. Il s'agit d'une Opération de prêts immobiliers (prêt immobilier amortissable à taux fixe, prêt immobilier amortissable à taux variable, prêt immobilier in fine, et prêt relais (à taux fixe ou variable)).

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : vous êtes considéré en PTIA si à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous êtes totalement et définitivement incapable de vous livrer à une occupation ou un travail procurant gain ou profit et si vous avez recours, de manière permanente, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement de l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir).

Article 3 - Conditions d'adhésion

Personnes assurables

Vous êtes assurable si vous êtes emprunteur, co-emprunteur ou caution auprès du Prêteur.

Si l'emprunteur est une personne morale, vous êtes assurable si vous êtes désigné par celle-ci.

Age limite

Vous pouvez demander votre adhésion jusqu'à votre :

- 70ème anniversaire de naissance pour la garantie Décès,
- 65ème anniversaire de naissance pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP,

Pour les prêts in fine, l'âge limite d'adhésion pour les garanties Décès, PTIA, ITT, IPT et IPP est fixé à votre 56ème anniversaire de naissance.

Capital assuré

Le capital assuré est égal, pour chaque personne assurée, au capital emprunté restant dû pondéré par la quotité assurée (au maximum, de 100%) choisie par l'assuré.

Limitation par assuré

Le montant total des capitaux assurés dans les contrats d'assurance souscrit auprès de CACI VIE et CACI NON-VIE est limité à 1 600 000 € (un million six cent mille euros) par assuré, pour l'ensemble des prêts immobiliers, personnels, ou d'équipement accordés par le Prêteur.

Ce montant tient compte :

- des capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

Si vos capitaux excèdent cette limite, un autre contrat vous sera proposé.

Limitation par prêt

En cas de sinistres touchant simultanément plusieurs assurés (emprunteur, co-emprunteur, caution) au titre d'une même opération de prêt, l'Assureur limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

Formalités d'adhésion

Comment demander votre adhésion?

Si vous souhaitez vous assurer vous pouvez adhérer aux présents contrats d'assurance selon les modalités de commercialisation proposées et mises à votre disposition par le Prêteur.

Vous devez notamment compléter et signer la demande d'adhésion ainsi que le questionnaire de santé et les remettre au Prêteur. Vous pouvez, si vous le souhaitez, mettre le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'Assureur.

Sur ces bases, vous devez donner votre accord à l'assurance en datant et signant la proposition d'assurance ou l'offre de prêt selon le cas. Dans le cas d'une proposition d'assurance, vous devez en retourner un exemplaire à l'Assureur.

Si, entre :

- la date de signature de la demande d'adhésion et du questionnaire de santé, et
- la date de prise d'effet de l'assurance,

vous avez connaissance d'un changement de circonstances qui rend inexacts les réponses aux questions posées dans le questionnaire de santé, vous devez déclarer ces circonstances à l'Assureur, par lettre recommandée dans les 15 jours (articles L113-2, 3° et L113-4 du Code des assurances).

Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1341 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par

téléphone ou par internet (sous réserve que ces modalités soient proposées par le Prêteur), les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur vaudront signature par l'assuré, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion à l'assurance qu'aux conditions générales telles que prévues dans la présente Notice, dûment acceptées par lui.

Comment l'Assureur étudie-t-il votre demande ?

Les informations médicales sont analysées par le médecin conseil de l'Assureur, qui pourra éventuellement vous demander un complément d'information ou des examens médicaux.

L'Assureur peut :

- accepter votre demande
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré
 - sans restriction particulière ou avec exclusion de certaines pathologies ou de certaines garanties
- refuser votre demande.

Article 4 – Convention AERAS

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la Convention AERAS (la « Convention ») contenues dans le dépliant remis par votre conseiller LCL.

Ainsi, l'Assureur recherchera toute possibilité de répondre favorablement à la demande de l'assuré, en recourant notamment aux dispositifs de deuxième niveau (examen individualisé de la demande) et de troisième niveau (examen de la demande par le pool des risques très aggravés) prévus par la Convention.

Le pool des risques très aggravés traite les demandes relatives aux opérations de prêts d'au plus 320 000 €, sans tenir compte des prêts relais lorsqu'il s'agit de l'acquisition d'une résidence principale. Dans les autres cas de prêts immobiliers et professionnels, le pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 €. Pour toutes les demandes d'assurance de prêts immobiliers et professionnels, la durée maximum du prêt est telle que l'âge de l'assuré n'excède pas 70 ans en fin de prêt.

Le cas échéant, l'assuré peut bénéficier de l'écarterement des surprimes d'assurance. Le dispositif d'écarterement intervient aux deuxième et troisième niveaux d'examen de la demande et concerne les prêts immobiliers et professionnels d'au plus 320 000 €, dans les conditions prévues à la Convention. Le seuil d'éligibilité de l'assuré retenu pour ce dispositif dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal de l'assuré aux termes de la législation fiscale en vigueur et fixés dans la Convention. Pour l'assuré éligible, la cotisation d'assurance est écartée dans les conditions prévues par la Convention.

De plus, si l'assuré demande une couverture « invalidité » au sens de la Convention, l'Assureur s'engage à traiter la demande. Il sera donc procédé à l'étude de l'éligibilité de l'assuré aux garanties ITT, IPT et IPP (avec, le cas échéant, exclusion(s), et/ou surprime) et à la garantie Invalidité Spécifique, définie à l'article 13 de la présente Notice. Si ces couvertures ne sont pas possibles, il sera procédé à l'étude de son éligibilité à la garantie PTIA définie à l'article 10 de la présente Notice.

Article 5 – Prise d'effet des garanties et durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion est conclue dès l'expression de votre consentement à l'assurance dans les conditions visées à l'article 3 ci-dessus.

Votre adhésion et vos garanties, valables pour la durée de votre prêt, prennent effet :

- à la date d'acceptation de votre demande d'adhésion par l'Assureur indiquée sur la proposition d'assurance, ou,
- à la date où vous acceptez l'offre de prêt, si cette date est postérieure.

Toutefois, en cas d'adhésion à distance, si la date de prise d'effet des garanties ainsi retenue est antérieure à la date d'expiration du délai de renonciation tel que prévu à l'article 21 de la présente Notice, les garanties ne pourront prendre effet qu'à l'expiration dudit délai de renonciation. L'assuré peut toutefois demander la prise d'effet anticipée de ses garanties dans les conditions de la présente Notice, dont celles relatives au coût incluses à l'article 7. Cette demande peut être exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes empruntées.

Votre adhésion peut cesser pour les motifs suivants : fin de la totalité des garanties ; cessation de l'Opération de prêt quelle qu'en soit la cause ; résiliation par l'Assureur pour cause de non-paiement de tout ou partie des cotisations ; exercice de votre faculté de résiliation à compter de l'émission de l'offre de prêt et jusque dans les 12 mois suivant la signature de ladite offre par lettre recommandée adressée à l'Assureur au plus tard 15 jours avant le terme de cette période, et sous réserve de notifier également à l'Assureur par lettre recommandée la décision d'acceptation du prêteur.

Les garanties cessent à la date de cessation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause. Les garanties cessent également à l'égard de chaque prêt de l'Opération en cas de cessation du prêt, quelle qu'en soit la cause, notamment terme normal ou anticipé, exigibilité, et déchéance du terme.

Article 6 - Maintien des garanties

En cas de résiliation du contrat entre l'Assureur et le Prêteur, toutes les garanties souscrites sont maintenues à l'assuré, au titre de son adhésion individuelle, dans les conditions énoncées dans la présente Notice.

Article 7 - Calcul et paiement des cotisations

Le montant des cotisations est indiqué sur l'échéancier qui figure dans l'offre de prêt. Le taux de cotisation annuel, fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion et des éventuelles surprimes, s'applique sur le montant du capital initial emprunté à l'origine, pondéré par la quotité assurée, quel que soit le montant du prêt effectivement débloqué à la date de prélèvement de la prime.

Les cotisations sont dues dès la prise d'effet des garanties.

Après un remboursement anticipé partiel, les cotisations sont calculées sur le montant suivant : (capital initial emprunté – remboursement anticipé partiel) x quotité assurée.

Les cotisations relatives aux garanties Décès, PTIA, ITT, IPT IPP et Invalidité Spécifique sont comprises dans l'échéance du prêt et sont prélevées en même temps que ce dernier, à terme échu par le Prêteur.

Les cotisations s'entendent taxe d'assurance comprise. Toute modification de la taxe est immédiatement répercutée sur le montant de la cotisation.

Le non-paiement des cotisations peut entraîner votre exclusion de l'assurance, dans les conditions prévues par le Code des assurances.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter du montant dû. Conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité.

En cas de résiliation de l'adhésion consécutive à un impayé de la cotisation, l'Assureur en informera le Prêteur.

Exonération des cotisations :

L'Assureur prend en charge le montant des cotisations en cas :

- d'ITT, à partir de l'expiration du délai de franchise,
 - d'IPT,
 - d'IPP, ou
 - d'invalidité spécifique,
- pendant toute la durée de l'indemnisation correspondante.

Article 8 - Bénéficiaire des prestations

Le bénéficiaire des prestations d'assurance est le Prêteur, qui l'accepte.

Le surplus éventuel est versé aux héritiers de l'assuré en cas de décès, et à l'assuré lui-même en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de sinistre, l'emprunteur reste débiteur des échéances de son prêt ; aussi celles-ci continueront-elles à être prélevées par le Prêteur. Ce dernier sera en charge de régulariser le compte de l'emprunteur.

II – Garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Article 9 - Garantie Décès

Montant de la prestation

En cas de décès de l'assuré avant le 31 décembre qui suit son 75^{ème} anniversaire de naissance, l'Assureur verse au bénéficiaire :

- le capital assuré au jour du décès, ou le montant des fonds garantis non encore versés à la date du décès, si pour le prêt consenti, la totalité du capital n'a pas été débloquée,
- les intérêts et les cotisations d'assurance échus mais non encore payés entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès.

Les deux derniers montants ci-dessus sont, comme pour le Capital assuré, pondérés par la quotité choisie par l'assuré.

Les éventuels intérêts de retard, échéances impayées ou pénalités ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indemnisation.

Fin de la garantie

- le 31 décembre qui suit votre 75^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- si vous avez perçu une prestation au titre de la garantie PTIA.

Risques exclus

- le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance (à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion), sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret (120 000 € par décret du 28/03/2002). Les augmentations de garanties intervenues dans l'année ne sont pas prises en compte dans ce cas.
- les accidents dus à la pratique de tout sport en tant que concurrent à des compétitions, comportant l'utilisation d'un engin quelconque à moteur (véhicule ou embarcation) ainsi qu'à leurs essais,
- les risques aériens pour tous les vols effectués sur des engins non homologués,
- les conséquences des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de fission de noyaux d'atome,
- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active.
- En cas de guerre, la garantie Décès n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation en vigueur sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI soit par téléphone au numéro qui vous sera communiqué par votre agence, soit par courrier à :

CACI Gestion- Service Indemnités Sinistres
40 allée Vauban - 59110 La Madeleine
Les documents médicaux peuvent être adressés à CACI à l'attention du Médecin Conseil, Service Indemnités Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine
Doivent être fournis les documents suivants :

- le questionnaire médical rempli par votre médecin, sur l'imprimé de l'Assureur,
- un extrait d'acte de décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude de la demande. Sans réponse aux questions et aux renseignements demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

Article 10 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Vous bénéficiez de la garantie si vous êtes reconnu, par le médecin conseil de l'Assureur, comme étant, avant le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance, en situation de PTIA telle que définie à l'article 2.

Montant de la prestation

L'Assureur verse la prestation définie à la garantie Décès à la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de votre PTIA au sens du présent contrat d'assurance.

Fin de la garantie

- le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme.

Le versement de la prestation d'assurance en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'ensemble des garanties de votre adhésion.

Risques exclus

En plus des risques précisés comme étant exclus de la garantie Décès, sont exclues les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'assuré ou d'une tentative de suicide,

Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI soit par téléphone au numéro qui vous sera communiqué par votre agence, soit par courrier à :

CACI Gestion - Service Indemnités Sinistres
40 allée Vauban - 59110 La Madeleine
Les documents médicaux doivent être adressés à CACI à l'attention du Médecin Conseil, Service Indemnités Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine
Doivent être fournis les documents suivants :

- une attestation médicale remplie par votre médecin et vous-même, sur l'imprimé de l'Assureur,
- le justificatif du bénéfice de l'allocation permanente pour assistance d'une tierce personne ou, pour les salariés, fonctionnaires ou assimilé, la notification de l'attribution de la pension d'invalidité de troisième catégorie établie par la Sécurité sociale (ou tout organisme assimilé).

L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude de votre demande. Sans réponse aux questions et aux renseignements demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

III – Garanties Arrêt de Travail

Il s'agit des garanties suivantes :

- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Invalidité Permanente Totale (IPT)
- Invalidité Permanente Partielle (IPP)
- Invalidité Spécifique

Les garanties ITT, IPT et IPP ne peuvent être contractées séparément.

L'appréciation par l'Assureur de la notion d'ITT, d'IPT, d'IPP et d'Invalidité Spécifique n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale (ou tout organisme assimilé).

Article 11 - Garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Vous bénéficiez de la garantie si, avant le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance, vous êtes considéré en ITT telle que définie à l'article 2.

Si vous êtes caution garantissant en droit ou en fait la solvabilité d'une personne physique, vous devez également avoir remboursé au prêteur les trois dernières échéances mensuelles ou mensualisées du prêt qui précèdent le jour de votre ITT.

Votre ITT doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

Versement des prestations

Les prestations sont dues à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours d'arrêt continu et complets de travail. Ce délai débute au premier jour de chaque ITT. Pendant ce délai, aucune prestation n'est ni due ni payée au titre de votre ITT, le paiement des échéances du prêt ainsi que la cotisation restant à votre charge.

Si, après une période d'ITT indemnisée par l'Assureur, vous avez repris une activité professionnelle, et ce, pendant moins de 60 jours continus et complets et que vous êtes de nouveau en ITT pour la même maladie ou le même accident, l'Assureur n'applique pas la franchise.

Cas particulier : remboursement de la franchise

Si votre ITT a pour cause principale le diagnostic d'un Infarctus du Myocarde, d'un Accident Vasculaire Cérébral, ou d'un Cancer tels que décrits dans les définitions, s'il s'agit du premier diagnostic de votre vie pour cette cause médicale depuis la date d'effet du présent contrat, la franchise de 90 jours vous est remboursée suite à

l'accord de prise en charge de l'Assureur. Cette prestation sera limitée à une seule prise en charge au cours du présent contrat.

Toutefois, le remboursement de la franchise ne s'applique pas aux sinistres ITT consécutifs à toute(s) tumeur(s) précancéreuse(s) ou classée(s) « IN SITU », associée(s) à une infection par le VIH ou le SIDA, aux tumeurs basocellulaires de la peau.

Montant des prestations

Durant les périodes reconnues d'ITT, l'Assureur règle les mensualités venant à échéance, par période entière, à l'exception de la première et de la dernière qui sont réglées au prorata du nombre de jours d'ITT.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Base de calcul

Les prestations sont calculées dans les conditions et limites ici indiquées, sur la base des échéances dues pendant l'ITT, y compris la cotisation d'assurance, affectées de la quotité assurée. Pour les prêts relais et in fine ainsi que pendant la période de différé d'amortissement pour les prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'Assureur.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances demandées pendant l'ITT,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

L'Assureur verse 100 % de la base de calcul dans la limite de 160€ (cent soixante euros) par jour et par assuré et de 4 800 € (quatre mille huit cents euros) par mois et par assuré, quel que soit le nombre de prêts assurés.

Reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale

En cas de reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale, les prestations versées par l'Assureur sont maintenues à hauteur de 50% des échéances dues affectées de la quotité assurée, et ce, pendant un maximum de 12 mois complets et continus.

Délai de déclaration

Vous devez déclarer votre ITT dans les 6 mois qui suivent le premier jour d'ITT.

Si vous déclarez votre ITT après ce délai, votre sinistre est pris en charge sous réserve d'acceptation du dossier par l'Assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de votre déclaration, sans application du délai de franchise.

Fin de la garantie:

- le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,

- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

Fin des prestations :

- dans les cas prévus au paragraphe « Fin de la garantie » de l'article 11,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel sans que cela fasse l'objet d'une prescription médicale. Pour rappel, en cas de reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale, les prestations d'assurance sont versées au maximum pendant 12 mois consécutifs.

Risques exclus

En plus des risques précisés comme étant exclus des garanties précédentes, sont exclus :

- les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé, que vous y soyez ou non assujettie,
- les suites et conséquences liées à des troubles du psychisme et aux maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique et des troubles de l'adaptation ou liés au stress, ainsi que les suites et conséquences, du syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cet arrêt de travail,
- Les sinistres résultant d'une atteinte de la colonne vertébrale cervico-dorso-lombaire et sacrée et les atteintes para-vertébrales, notamment discale ou radiculaire (radiculalgies de type sciatalgies, cruralgies, névralgies cervico-brachiales), ainsi que les rachialgies (lombalgies, dorsalgies, cervicalgies). Ces affections, leurs suites et conséquences, sont toutefois couvertes par le présent contrat :

- Si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs (hors services de Soins de Suite et Réadaptation) ou,
- Si elles ont pour origine, une affection tumorale ou infectieuse ou,
- Si elles ont pour origine une fracture vertébrale traumatique.

Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI soit par téléphone au numéro qui vous sera communiqué par votre agence, soit par courrier à :

CACI Gestion - Service Indemnisations Sinistres
40 allée Vauban - 59110 La Madeleine

Les documents médicaux doivent être adressés à CACI à l'attention du médecin Conseil, Service Indemnisations Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine

Vous devez fournir les documents suivants :

- une attestation médicale remplie par votre médecin et vous-même, sur l'imprimé de l'Assureur,
- et, au cours de la période indemnisée, vos bordereaux de paiement des prestations versées par vos organismes de protection sociale, les documents qui justifient de votre état d'incapacité totale de travail, la notification d'attribution de votre pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé, vos justificatifs de paiement de pension ou rente.

L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude de votre demande, notamment dans le cadre de la prise en charge d'un cancer, Infarctus du myocarde, ou Accident Vasculaire Cérébral tels que définis à l'article 2. Sans réponse, aux questions et aux renseignements demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

Article 12 - Garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

A la date de consolidation de votre état de santé, et au plus tard trois ans après le début d'un arrêt de travail indemnisé dans les conditions prévues à l'article 11, le médecin conseil de l'Assureur fixe votre taux d'incapacité au titre du présent contrat d'assurance sur la base du tableau « TAUX D'INCAPACITE DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE » figurant dans le présent article 12.

Si ce taux est égal ou supérieur à 66%, vous êtes éligible à la garantie Invalidité Permanente Totale (IPT).

Si ce taux est égal ou supérieur à 33% et inférieur à 66%, vous êtes éligible à la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Si ce taux est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Montant des prestations

Si vous êtes reconnu comme éligible à la garantie IPT, une prestation identique à celle de l'ITT est versée.

Si vous êtes reconnu comme éligible à la garantie IPP, une prestation égale à 33% de la prestation prévue à la garantie ITT, est versée.

Fin de la garantie:

- le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

Fin des prestations :

- dans les cas prévus au paragraphe « Fin de la garantie » de l'article 12,
- dès que votre taux d'incapacité au titre du présent contrat d'assurance devient inférieur à 33 %. En cas d'aggravation ou d'amélioration de votre état de santé, votre taux d'incapacité pourra être réévalué et la prestation ajustée.
- dans les cas prévus au paragraphe « Fin de la garantie » de l'article 12,
- pour la garantie IPT, dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel,
- pour la garantie IPP, dès que vous reprenez une activité professionnelle à temps plein.

Délai de déclaration

La consolidation de votre état de santé doit être déclarée dans les 6 mois qui la suivent.

Si la consolidation de votre état de santé est déclarée après ce délai, la prise en charge débutera, sous réserve d'acceptation du dossier par l'assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration.

Détermination du taux d'incapacité :

Le médecin conseil de l'Assureur fixe à partir du rapport d'expertise médicale votre taux d'incapacité (au titre du présent contrat d'assurance) en appréciant vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

- Votre taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique ou mentale, suite à votre accident ou à votre maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise)

- Votre taux d'incapacité professionnelle :

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales de votre profession et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces deux taux permettent de définir votre taux d'incapacité (au titre du présent contrat d'assurance), d'après le tableau suivant :

TAUX D'INCAPACITE DU PRESENT CONTRAT D'ASSURANCE

%	Taux d'incapacité fonctionnelle									
Taux d'incapacité professionnelle	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Risques exclus

Les risques exclus des garanties IPT et IPP sont les mêmes que pour la garantie ITT.

Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI soit par téléphone au numéro qui vous sera communiqué par votre agence, soit par courrier à :

CACI - Gestion Service Indemnités Sinistres
40 allée Vauban - 59110 La Madeleine

Les documents médicaux doivent être adressés à CACI à l'attention du Médecin Conseil, Service Indemnités Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine. Les documents à fournir sont les mêmes que pour la garantie ITT.

L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude de votre demande. Sans réponse aux questions et aux renseignements demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

Article 13 - Garantie Invalidité Spécifique

Vous êtes couvert par la « garantie invalidité spécifique » prévue par la Convention AERAS (ci-après la « convention »), si cela est précisé dans les conditions spécifiques d'adhésion à l'assurance que vous avez acceptées sur proposition de l'Assureur.

Définition de la garantie Invalidité Spécifique

Vous bénéficiez de la garantie visée ci-dessus dans les conditions prévues à la Convention.

La garantie sera mise en jeu si :

- votre état de santé est consolidé
- vous êtes en situation de « Cessation de travail » au sens du présent article 13.

Vous êtes en situation de « Cessation de travail » au sens du présent article 13 si votre incapacité fonctionnelle (au taux requis par la Convention) et votre incapacité professionnelle sont attestées dans les conditions prévues à la Convention.

S'agissant de l'incapacité fonctionnelle, un barème de référence commun à tous les assureurs tenus de respecter la Convention est retenu. Il s'agit du barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Le taux d'incapacité fonctionnelle, à partir duquel la prestation d'assurance intervient, est fixé à 70% et apprécié par le médecin conseil de l'Assureur suivant le barème susvisé.

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

Versement des prestations

Durant les périodes reconnues de Cessation de travail, l'Assureur règle les mensualités venant à échéance, par période entière, à l'exception de la première et de la dernière qui sont réglées au prorata du nombre de jours de Cessation de travail.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Montant des prestations

Base de calcul

Les prestations sont calculées dans les conditions et limites ici indiquées, sur la base des échéances dues pendant la Cessation de travail, affectées de la quotité assurée. Pour les prêts relais et in fine ainsi que pendant la période de différé d'amortissement pour les prêts amortissables, seules les échéances d'intérêts et les

cotisations d'assurance sont prises en charge par l'Assureur.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances demandées pendant la Cessation de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le Prêteur,
- les échéances d'amortissement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine.

L'Assureur verse 100 % de la base de calcul dans la limite de 160€ (cent soixante euros) par jour et par assuré et de 4 800 € (quatre mille huit cents euros) par mois et par assuré, quel que soit le nombre de prêts assurés.

En cas de reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale, les prestations versées par l'Assureur sont maintenues à hauteur de 50% des échéances dues affectées de la quotité assurée, et ce pendant un maximum de 12 mois consécutifs.

Délai de déclaration

La Cessation de travail doit être déclarée dans les 6 mois qui la suivent.

Si la Cessation de travail est déclarée après ce délai, la prise en charge débutera, sous réserve d'acceptation du dossier par l'assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration

Fin de la garantie :

- le 31 décembre qui suit votre 65^{ème} anniversaire de naissance,
- en cas de résiliation de votre adhésion suite au non-paiement des cotisations,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- à la date de votre préretraite ou de votre retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail.

Fin des prestations :

- dans les cas prévus au paragraphe « Fin de la garantie » de l'article 13,
- dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 70%,
- dès que votre incapacité professionnelle ne peut plus être attestée dans les conditions indiquées à la Convention AERAS,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel sans que cela fasse l'objet d'une prescription médicale. Dans le cadre d'une reprise du travail à temps partiel sur prescription médicale, les prestations d'assurance sont versées au maximum pendant 12 mois consécutifs.

Risques exclus :

Les risques exclus de la garantie Invalidité Spécifique sont les mêmes que pour la garantie ITT. Par dérogation à ce qui précède, la présente garantie ne comporte aucune exclusion de pathologie.

Documents à fournir en cas de sinistre

Le sinistre doit être déclaré à CACI soit par téléphone au numéro qui vous sera communiqué par votre agence, soit par courrier à :

CACI Gestion - Service Indemnisations Sinistres
40 allée Vauban - 59110 La Madeleine

Les documents médicaux doivent être adressés à CACI à l'attention du Médecin Conseil, Service Indemnisations Sinistres - 40 allée Vauban - 59110 La Madeleine

Vous devez fournir les documents suivants :

- une attestation médicale remplie par votre médecin et vous-même, sur l'imprimé de l'Assureur,
- le document dont la production atteste de manière administrative votre incapacité professionnelle.

L'Assureur se réserve le droit de vous demander tout autre document qu'il jugera nécessaire pour l'étude de votre demande. Sans réponse aux questions et aux renseignements demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

Article 14 - Contrôle en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'ITT, IPT, d'IPP ou d'invalidité spécifique

L'Assureur se réserve le droit, à tout moment de la vie du contrat, et notamment lors de la déclaration d'un sinistre, de demander des renseignements complémentaires et de soumettre l'assuré à un examen médical afin de contrôler son état de santé.

A cet effet, l'Assureur désigne un médecin expert et prend en charge les honoraires relatifs à cet examen médical.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à l'expertise, les prestations cessent.

Si l'assuré le désire, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence d'un médecin de son choix et à ses frais.

En cas de litige sur un point médical, l'Assureur peut proposer de soumettre le litige à un expert arbitre agréé par l'assuré et par l'Assureur, ceci en vue d'une expertise contradictoire amiable. L'assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette expertise. Les conclusions de cette expertise sont réputées s'imposer à l'assuré et à l'Assureur.

Si le litige n'est pas réglé, il est fait appel à un tiers expert nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. L'assuré et l'Assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'appel.

IV- Dispositions Diverses

Article 15 - Fausses déclarations

Le contrat est régi par le Code des assurances dont l'article L. 113-8 prévoit notamment :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénature 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. »

Article 16 - Prescription

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des Assurances, toutes actions dérivant des présents contrats 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, qu'à compter du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, qu'à compter 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 qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.114-2 du Code des assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 et suivants du Code civil) sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ; l'interpellation visée à l'article 2245 du Code civil. »

Article 17 - Traitement des réclamations

En cas de désaccord sur l'application de votre contrat, vous pouvez adresser une réclamation à :

**CACI Gestion
Service Réclamations
40 allée Vauban
59110 La Madeleine**

Si un désaccord subsiste à l'issue de vos échanges avec nos services en charge des réclamations, vous pouvez solliciter l'intervention d'un médiateur indépendant dont les coordonnées et les références de la Charte de la médiation, figurent sur le site internet de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (www.ffsa.fr). Ces mêmes informations peuvent vous être communiquées, sur simple demande, par le Service Réclamations. Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 18 - Informatique et libertés

En application de la Loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée, vous reconnaissez lors de votre adhésion être informé que :

- les informations vous concernant qui sont recueillies et traitées le sont à des fins de l'étude de votre demande d'adhésion, à la gestion de votre contrat, ainsi qu'à des fins de gestion commerciale.
 - les réponses aux questions posées sont obligatoires pour la gestion de votre demande d'adhésion au contrat souscrit auprès de l'Assureur, responsable du traitement. A défaut de réponse, votre demande d'adhésion ne pourra pas être étudiée.
 - l'Assureur responsable du traitement de votre adhésion, peut transmettre vos réponses à ses mandataires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants, ainsi qu'à tout autre assureur concerné dans la mesure où cette transmission est nécessaire à l'instruction et/ou la gestion de votre dossier, ainsi qu'à toute autorité, notamment judiciaire, dans le cadre de contrôles, de procédures en cours, ou d'application de dispositif de lutte anti-blanchiment.
 - vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de : CACI, Service Adhésions, 40 Allée Vauban, 59110 La Madeleine.
- Vous disposez également d'un droit d'opposition à l'utilisation de vos données personnelles à des fins de gestion commerciale, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Article 19 - Loi applicable - Gestion des différends - Autorité de contrôle

La présente offre d'assurance, de nature commerciale, est proposée et valable pour une durée de 6 mois à compter de sa réception par le client avant toute adhésion à l'assurance. La langue française s'applique aux présents contrats d'assurance.

Les présents contrats d'assurance ainsi que les relations précontractuelles sont régis par la loi française, à laquelle les parties déclarent se soumettre.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la seule compétence des juridictions françaises.

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est la Central Bank of Ireland, PO Box 9138 College Green, Dublin 2 Irlande.

Article 20 - Démarchage

Démarchage (pour rappel) :

Article L.112-9 du Code des assurances alinéa 1er « *1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.* »

Le délai susvisé est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours prévu à l'article 21 de la présente Notice.

Article 21 - Faculté de renonciation

L'assuré dispose de la faculté de renoncer à son adhésion, dans les trente jours à compter de la date de conclusion de celle-ci (la date d'acceptation de l'offre de prêt ou la date de signature de sa proposition d'assurance le cas échéant), en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à CACI Gestion, 40 allée Vauban, 59110 La Madeleine, rédigée suivant le modèle ci-après :

« Je soussigné (nom, prénom, adresse) désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Assurance Emprunteur Immo. Je reconnais que le Prêteur se réserve le droit, dans les conditions prévues à l'offre de prêt et dans le respect de la réglementation applicable, de reconsidérer sa position sur le sort de l'opération de prêt demandée/octroyée et initialement couverte en application de mon adhésion (date et signature) ».

En cas d'adhésion à distance, si la date de prise d'effet des garanties ainsi retenue est antérieure à la date d'expiration du délai de renonciation, les garanties ne pourront prendre effet qu'à l'expiration dudit délai de renonciation. L'assuré peut toutefois demander la prise d'effet anticipée de ses garanties dans les conditions de la présente Notice, dont celles relatives au coût incluses à l'article 7. Cette demande peut être exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes empruntées. Dans l'hypothèse d'une telle demande, l'assuré bénéficie alors immédiatement

des garanties, moyennant et sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'adhésion et les garanties de l'assuré seront alors rétroactivement annulées, et l'assuré sera remboursé des cotisations éventuellement payées.

Si l'assuré demande et obtient la prise en charge d'un sinistre survenu pendant la période de renonciation, il n'aura alors plus la possibilité d'exercer son droit de renonciation.

En cas d'exercice par l'assuré de sa faculté de renonciation, l'Assureur en informera le Prêteur. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que dans cette hypothèse, le Prêteur se réserve le droit, dans les conditions prévues à l'offre de prêt et dans le respect de la réglementation applicable, de reconsidérer sa position sur le sort de l'opération de prêt demandée/octroyée et initialement couverte en application des présents contrats d'assurance.

CACI VIE & CACI NON-VIE, RCS Paris 509 703 468 et 509 690 715, siège social 50-56 rue de la Procession 75015 PARIS, succursales françaises d'assurances des compagnies CACI Life Ltd et CACI Non-Life Ltd, sociétés d'assurance de droit irlandais soumises au contrôle de la Central Bank of Ireland, PO Box 9138 College Green, Dublin 2 Irlande, ayant leur siège Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2 Irlande, immatriculées auprès de l'Irish Companies Registration Office sous les n° 306030 et 306 027.

Crédit Lyonnais, S.A. au capital de 1 847 860 375 €, SIREN 954509741 – RCS Lyon, siège social : 18 rue de la République 69002 Lyon, inscrit sous le numéro d'immatriculation d'intermédiaire en assurance ORIAS : 07001878. Pour tout courrier : 20 avenue de Paris – 94811 Villejuif cedex.