

NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GENERALES

Contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative

MEROS EMPRUNTEUR

MEROS EMPRUNTEUR est un contrat collectif à adhésion facultative n° MAGAID1 souscrit par Association de la promotion prévoyance, santé et retraite 120 avenue de général Leclerc, 75014 Paris, dénommée l'Association, auprès de PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR, dénommée l'Assureur, PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, Société Anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 343 286 183 pour le risque de décès (branche 20 vie-décès), pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle (branches 1 et 2 – accident et maladie), dont le siège social est situé au 19 rue d'Aumale – CS 40019 75306 PARIS Cedex 09, entreprise régie par le Code des assurances et contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

La présente Notice d'Information valant Conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat MEROS EMPRUNTEUR.

Le contrat est distribué par Magnolia Web Assurances, société de courtage en assurances - SAS au capital de 45 714 euros - RCS Nanterre n° 431 801 602 - APE 6622Z - Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme au Code des assurances - ORIAS n°07 025 920 - Siège social 73 Rue du Château 92100 Boulogne-Billancourt.

L'organisme gestionnaire du contrat est, par délégation de l'Assureur, FOREVER, société par actions simplifiée au capital de 10 000€, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 890 767 940 dont le siège social est situé au 73 rue du Château 92100 Boulogne-Billancourt. FOREVER est immatriculée au niveau de l'Orias sous le numéro 20009474.

L'adhésion au contrat est constituée par la présente Notice d'Information, la Demande d'Adhésion, le « Bon pour Accord » et le Certificat d'Adhésion.

OBJET DE L'ASSOCIATION :

**Association de la promotion prévoyance, santé et retraite
120 avenue de général Leclerc
75014 Paris**

L'association a pour objet de favoriser l'accès des adhérents à des garanties d'épargne, de retraite, de prévoyance et de santé au travers de contrats groupes, conclus avec des organismes d'assurance, de favoriser l'accès à des adhérents à l'ensemble de la couverture des risques assurables qu'ils rencontrent, tant de leur vie privée que professionnelle ; de signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérents de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application desdites conventions ; informer ses adhérents en matière de prévoyance, de santé, de retraite et d'épargne ; effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.

OBJET DU CONTRAT

Le contrat **MEROS EMPRUNTEUR** a pour objet, en fonction des garanties et Quotités assurées mentionnées sur le Certificat d'adhésion, le versement au bénéficiaire désigné :

- d'un capital en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- de tout ou partie des mensualités du prêt venant à échéance, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT.), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou de Garantie Invalidité Spécifique (GIS)

CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer au contrat les personnes physiques, les représentants de personnes morales exerçant des fonctions de dirigeant de la personne morale emprunteuse, ayant la qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur d'un prêt et remplissant les conditions suivantes :

- Être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion, d'au moins 18 ans et de :
 - Moins de 70 ans pour la garantie décès,
 - Moins de 69 ans pour la garantie PTIA,
 - Moins de 65 ans pour les garanties ITT, IPP, IPT,
- Avoir contracté un emprunt et/ou étant caution d'un emprunt :
 - rédigé en français,
 - libellé en Euros, ou convertis en euros si le prêt était en francs suisses
 - auprès d'un organisme prêteur situé en France, en Suisse ou dans la zone Euro pour un montant minimum de 20 000 €
- Avoir satisfait aux formalités d'adhésion,
- Avoir son lieu de Résidence habituelle en fonction des garanties choisies, selon le tableau ci-après :

GARANTIES	Lieu de résidence	
	France Continentale	La Réunion Guadeloupe Martinique Guyane Saint-Martin Mayotte Corse Saint-Barthélemy Nouvelle Calédonie
Décès	X	X
PTIA	X	X
ITT	X	X*
IPP	X	X
IPT	X	X

* La franchise sera au minimum de 90, 120 ou 180 jours.

Les personnes assurables ont la qualité d'Assuré dès la date de prise d'effet des garanties.

PRÊTS ASSURABLES

Sont assurables les prêts ci-dessous :

- o Les prêts immobiliers :
 - o amortissables,
 - o par paliers y compris pour les prêts modulables,
 - o relais d'une durée maximum de 36 mois soit trois (3) ans,
 - o prêt achat-revente (l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré),
 - o avec différé partiel/total maximum de 36 mois soit trois (3) ans,
 - o prêt à taux zéro (PTZ),
 - o in fine
- o Les restructurations de crédit
- o Les prêts professionnels

Respectant les conditions ci-dessous :

- o A taux fixe et/ou révisable, à échéances constantes ou progressives, indexées et/ou modulables,
- o **La durée du prêt, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 360 mois soit trente (30) ans**

Ne sont pas assurables les prêts suivants :

- o **Les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse : crédits renouvelables) ;**
- o **Les crédits permanents renouvelables ;**
- o **Les prêts viagers hypothécaires ;**
- o **Les prêts Europlan ;**
- o **Les prêts d'une durée supérieure à 360 mois soit trente (30) ans ;**
- o **Les prêts relais ou les prêts avec différé d'une durée supérieure à 36 mois soit trois (3) ans**
- o **Les prêts à la consommation et prêts personnel**
- o **Les crédit-bail**

Prêts libellés en devises :

L'assurance de prêts accordés en devises par des établissements de crédit français situés en France ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un État membre de l'Union Européenne, ou en Suisse, est possible aux conditions suivantes :

- lors de l'adhésion au contrat, le montant du prêt à assurer et le tableau d'amortissement correspondant sont convertis en euros selon le Taux de change en vigueur à la date d'adhésion majoré d'un coefficient multiplicateur compris entre 100 et 120% ;
- les cotisations d'assurances sont prélevées en euros sur la base du tableau d'amortissement en euros ainsi obtenu ;
- en cas de réalisation du risque, l'indemnisation se fera en euros sur la base du tableau d'amortissement en devises en vigueur au jour du Sinistre, du Taux de change au jour de survenance du sinistre et dans la limite du montant tel que prévu au dernier tableau d'amortissement figurant au Certificat d'adhésion en vigueur à la date du Sinistre.

Une réactualisation du tableau d'amortissement et des cotisations afférentes pourra être demandée annuellement par l'Adhérent avant le 20 décembre, pour tenir compte de l'impact de l'évolution du Taux de change sur le tableau d'amortissement exprimé en euros. Cette modification devra correspondre exactement à l'évolution du Taux de change entre le 1^{er} décembre de l'année précédant la réactualisation et le 1^{er} décembre de l'année de la réactualisation, dans la limite de plus ou moins 10%. Toute réactualisation non demandée par l'Adhérent pour une année donnée ne pourra être prise en compte ultérieurement. Toute modification est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur qui se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion.

L'attention de l'Adhèrent est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'Assureur étant exprimé en euros, l'Adhèrent pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'Organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

TERRITORIALITE DES GARANTIES ET OPTIONS

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

La PTIA, l'ITT, l'IPP, l'IPT, GIS doivent être médicalement constatées en France continentale, à La Réunion, en Guadeloupe, à la Martinique, en Guyane, à Saint-Martin, à Mayotte, en Corse, à Saint-Barthélemy, en Nouvelle Calédonie.

L'IPPRO doit être médicalement constatée en France continentale.

En cas de Sinistre survenu hors de France (sauf décès), le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourront pas avoir lieu avant la date à laquelle le Sinistre aura été reconnu par l'Assureur.

Dans tous les cas, les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

MODALITES D'ADHÉSION

1. Adhésion au Contrat

Pour adhérer au Contrat, chaque Assuré doit satisfaire aux formalités médicales et administratives qui lui sont demandées en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé.

Les opérations de crédit contractées sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de l'opération de crédit au plus tard dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion mentionnée au Certificat d'adhésion, et d'un premier déblocage des fonds au plus tard dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de l'opération de crédit. Si cette condition n'est pas remplie, l'Assuré devra satisfaire à nouveau aux formalités d'adhésion.

Les prêts en cours sont assurables sous réserve d'un déblocage des fonds déjà effectué ou à venir dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

L'Assureur rembourse sur la base des tarifs conventionnés et sur présentation des factures originales, les frais et examens médicaux résultant directement des formalités d'adhésion qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si l'adhésion est effective ;
- si l'adhésion est refusée ou ajournée par l'Assureur ;
- si l'adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusions, restriction sur les garanties) matérialisées par l'Assureur sur le « Bon pour Accord » et que celles-ci sont refusées par le Proposant.

2. Proposition de l'Assureur et émission du Certificat d'adhésion

Après examen des pièces médicales et financières, l'Assureur, s'il accepte de couvrir le risque, propose une cotisation pour couvrir les garanties avec éventuellement des conditions particulières reprise sur le Bon pour Accord.

La décision favorable de l'assureur est valable 6 mois, 12 mois dans le cadre d'une reprise Bourquin. Elle sera communiquée à l'Adhèrent par l'envoi d'une proposition d'assurance et/ou du Certificat d'adhésion.

Le Certificat d'adhésion est émis après signature de la demande d'adhésion dans ce délai ; et après signature du Bon pour Accord qui reprend les conditions particulières de l'Adhésion. Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.

3. Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou par MAGNOLIA Assurances vaudront signature de l'Adhèrent / l'Assuré, lui seront opposables et pourront être admis comme preuve de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion au contrat d'assurance qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la Notice dûment acceptées par lui.

4. Accès à l'espace personnel et dématérialisation des échanges avec l'adhérent

Accès à l'espace personnel :

L'espace personnel ci-après « Espace personnel » est un service mis en place, conçu et appartenant au Gestionnaire, aux fins de permettre à l'Adhèrent notamment de consulter ses contrats ou adhésions, et de procéder à certaines opérations en ligne, accessible sur internet à partir de l'adresse indiquée dans le mail de 1ère connexion : <https://client.magnolia.fr/login> si l'Assuré a adhéré sur le site Magnolia, <https://client.simulassur.fr/login> si l'Assuré a adhéré par un courtier partenaire de Magnolia.

L'accès à la consultation de l'adhésion ainsi qu'aux actes de gestion disponibles en ligne, sera subordonné à l'activation de l'Espace personnel et à l'acceptation de ses conditions générales d'utilisation.

L'Adhèrent reconnaît que l'accès à la consultation et à la gestion en ligne de l'adhésion ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de l'adhésion à la Convention.

Dématérialisation de certains documents :

En cochant la case dédiée sur la demande d'adhésion, l'Adhérent accepte que toutes informations, notifications ou communications disponibles de la part de l'Assureur relatives à son adhésion à la ou les Conventions (notamment relevés d'information annuels, documents contractuels et de gestion) lui soient communiquées, sous un format électronique durable, via son Espace personnel et/ou par courriel dans sa messagerie personnelle à l'adresse électronique qu'il aura indiquée.

Les documents ne lui seront alors plus adressés sous format papier par voie postale.

Dès qu'un nouveau document sera disponible sur son Espace personnel, l'Adhérent recevra un courrier électronique l'informant de sa mise à disposition en ligne.

L'Adhérent pourra à tout moment consulter, imprimer et/ou télécharger lesdits documents.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai le gestionnaire de toute modification de ses coordonnées électroniques (adresse e-mail et numéro de téléphone mobile) et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur le bon acheminement des informations et/ou des documents.

Droit d'opposition et retour au papier :

L'Adhérent peut, à tout moment, par tout moyen à sa convenance, s'opposer à la dématérialisation de ces informations et/ou documents, en demandant au Gestionnaire qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge. Cette démarche pourra être effectuée directement depuis l'Espace personnel.

A compter de la date de prise en compte de la demande d'opposition, l'Assureur adressera, sans frais, sur support papier, les informations et documents, à venir, relatifs à l'adhésion. Le retour aux échanges sur support papier n'aura d'effet que pour l'avenir.

GARANTIES PROPOSÉES

Les garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)
- Invalidité Permanente Partielle de travail (IPP),
- Invalidité Permanente Totale de travail (IPT),
- Prolongement des garanties incapacité - invalidité
- Exonération des cotisations en cas de ITT, IPP, IPT ou GIS

Les garanties sont définies en référence aux exigences de l'Organisme prêteur et en plein accord avec le ou les emprunteurs/Assurés. Elles sont structurées pour répondre aux besoins de protections individuelles au regard de leur situation familiale et professionnelle et de la Quotité assurée.

Seules les garanties mentionnées au Certificat d'adhésion sont accordées à l'Assuré.

Les Conditions Particulières auxquelles les garanties sont accordées à l'Assuré sont mentionnées au « Bon pour Accord ».

LIMITATION DES GARANTIES ET DES OPTIONS

Limitation des capitaux et garanties :

Le montant total des capitaux assurés est limité à 10 000 000 euros pour un même Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'Assureur dans le cadre du contrat.

Ce montant total est limité à 5 000 000 d'euros si l'adhérent réside à La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Mayotte, Corse Saint-Barthélemy ou en Nouvelle Calédonie.

Le montant total des capitaux assurés est limité à 2 000 000 d'euros pour les prêts in-fine ou prêts relais.

Le montant total de garantie en ITT/IPT est plafonné à 20 000 euros par mois.

Ce montant est limité à 5 000 euros par mois si l'adhérent réside à La Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Mayotte, Corse Saint-Barthélemy ou en Nouvelle Calédonie.

Pluralité d'Assurés :

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt, l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une personne assurée avec une Quotité à 100 %.

DÉFINITIONS DES GARANTIES ET DES PRISES EN CHARGE

La Quotité assurée reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux prestations prévues ci-après en fonction des conditions d'admissibilité figurant sur le Certificat d'adhésion.

1. La garantie Décès

Définition de la garantie :

Décès de l'assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident

Objet de la garantie :

Selon la Quotité assurée pour l'Assuré au titre de la garantie Décès :

En cas de décès de l'Adhérent avant son 86^{ème} anniversaire, la garantie prévoit le versement au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) du capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du Montant garanti.

Condition de la garantie :

Les éventuelles échéances impayées, pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme prêteur ne sont pas couverts au titre de la garantie Décès.

Concernant les prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré).

Concernant les prêts avec différé : durant la phase de différé, l'Assureur verse le montant défini ci-dessous, affecté de la Quotité assurée :

- prêts avec différé d'amortissement en capital et intérêts : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts contractuels courus jusqu'au jour du décès ;
- prêts avec différé d'amortissement en capital : le montant initial du prêt ainsi que les intérêts courus entre la dernière échéance qui précède le décès et le jour du décès ;

Si le décès survient le jour d'une échéance, celle-ci est considérée comme postérieure au décès.

Fin de la garantie :

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

2. La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Définition de la garantie :

Invalité qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, met l'Assuré dans l'incapacité physique ou mentale définitive permanente, médicalement constatée, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit et le met dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance totale et permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les Actes de la Vie Quotidienne.

La reconnaissance de la PTIA est déterminée par expertise médicale.

Objet de la garantie :

Selon la Quotité assurée pour l'Assuré au titre de la garantie PTIA :

La garantie prévoit le versement au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) du capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du montant garanti.

Condition de la garantie :

Pour donner lieu à garantie, l'état de santé de l'Assuré doit correspondre à la définition contractuelle de la PTIA. La date de consolidation doit intervenir avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard le jour de son 70^{ème} anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur. En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Fin de la garantie :

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

3. Les garanties Incapacité et Invalidité

3.1 La garantie Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Définition de la garantie :

Etat qui place l'Assuré, suite à un Accident ou une Maladie garantie, dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'exercer sa profession. L'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre est considéré en ITT si son état le place dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'effectuer ses Occupations de la Vie Quotidienne.

Sont prises en charge :

- les « affections dos » : affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) sans condition d'Hospitalisation ;

- les « affections psy » : affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, d'états dépressifs de toute nature, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus, d'un syndrome de fatigue chronique et d'un burn-out, ainsi que leurs suites et conséquences sans condition d'Hospitalisation.

Objet de la garantie :

Selon la Quotité assurée pour l'Assuré au titre de la garantie ITT :

La garantie prévoit la prise en charge du versement des mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, pendant la durée de l'ITT, à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionné sur le Certificat d'adhésion, et dans la limite de 1095 jours.

Condition de la garantie :

La prise en charge liée à cet état ne débute qu'à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Assuré et mentionné sur le Certificat d'adhésion. S'il n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au moment de l'adhésion au Contrat ou s'il réside dans un Département et Région d'Outre-Mer, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, en Nouvelle Calédonie et en Corse, il a le choix entre une Franchise de 90, 120 ou 180 jours.

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

En cas de reprise de l'activité professionnelle dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'Assureur verse les prestations à hauteur de 50% du montant de l'échéance du prêt, affecté de la Quotité assurée, pendant une durée maximale de 180 jours.

Toute rechute dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des Occupations de la Vie Quotidienne sera considérée comme un seul et même Sinistre. Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'organisme assureur et que votre garantie ITT soit toujours en vigueur à la date de la Rechute, le service des prestations sera repris dès le 1er jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise. Toute nouvelle cessation d'activité postérieure à la date de résiliation de votre garantie ITT ne pourra être prise en charge.

Fin de la garantie :

Les prestations ITT cesseront d'être versées :

- en cas de reprise totale du travail
- en cas de reprise partielle du travail (sauf mi-temps thérapeutique prescrit médicalement pour une durée maximale de 180 jours)
- en cas de reprise des Occupations de la Vie Quotidienne ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité totale de travailler ou d'accomplir les Occupations de la Vie Quotidienne ;
- à la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- et/ou pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées ; toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Assurée ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties du contrat entreront en vigueur à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'Assurée ait été indemnisée pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.
- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales)
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- au plus tard à son 67ème anniversaire ou son 70ème selon que l'Adhérent a choisi l'option « prolongement des garanties incapacité-invalidité »
- au plus tard, 1095 jours après le début de l'Incapacité Temporaire Totale
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Cessation de l'adhésion au contrat ».

3.2 La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Définition de la garantie :

Inaptitude de l'Assuré, constatée à la date de Consolidation, d'exercer une activité professionnelle.

Objet de la garantie :

Selon la Quotité assurée pour l'Assuré au titre de la garantie IPP :

La garantie prévoit la prise en charge du versement des mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, à hauteur de 50% du montant dû au titre de la garantie ITT, à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Condition de la garantie :

Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33% et inférieure à 66%, selon le barème croisé d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPP sera établie sur la base de la seule incapacité fonctionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical en vigueur au jour du sinistre. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert.

Fin de la garantie :

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient supérieur à 66% ;

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales)
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- au plus tard à son 67ème anniversaire ou son 70ème selon que l'Adhérent a choisi l'option « prolongement des garanties incapacité-invalidité »
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Fin de garanties ».

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

3.3 La garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

Définition de la garantie :

Inaptitude de l'Assuré, constatée à la date de Consolidation, d'exercer une activité professionnelle.

Objet de la garantie :

Selon la Quotité assurée pour l'Assuré au titre de la garantie IPT :

La garantie prévoit la prise en charge du versement des mensualités assurées mentionnées au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre, à hauteur de 100% du montant dû au titre de la garantie ITT, à l'issue d'une période de Franchise choisie à l'adhésion par l'Adhérent et mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Condition de la garantie :

Cette invalidité est couverte à compter d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, selon le barème croisé fonctionnel et professionnel. Pour l'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre, l'IPT sera établie sur la seule incapacité fonctionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie par le Médecin expert selon le barème du Concours Médical en vigueur au jour du sinistre. L'incapacité professionnelle est évaluée par le Médecin expert.

Fin de la garantie :

Les prestations cesseront d'être versées :

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales)
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite
- au plus tard à son 67ème anniversaire ou son 71ème selon que l'Adhérent a choisi l'option « prolongement des garanties incapacité-invalidité »
- et dans tous les autres cas de cessation prévus à l'article « Fin de garanties ».

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

3.4 Détermination du taux d'Invalidité Permanente

Le taux d'Invalidité Permanente est apprécié en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, d'après le guide barème Concours Médical en vigueur au jour du Sinistre.

Le tableau figurant ci-après, indiquant les divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est un extrait de celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

		TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	10							37%	40%	43%	46%
	20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
	30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
	40				40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
	50			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
	60			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
	70			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
	80			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
	90			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
	100		34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%



Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Totale.

Le taux contractuel d'invalidité est supérieur à 33% et inférieur à 66%, l'Assuré est en Invalidité Permanente Partielle.

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

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

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

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de ses Occupations de la Vie Quotidienne constaté médicalement par le Médecin expert doit présenter une incapacité fonctionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre.

3.5 GIS

Lorsque la couverture du risque invalidité est possible mais qu'une garantie invalidité aux conditions standard du contrat ne peut être proposée au candidat à l'assurance, celui-ci se voit proposer une Garantie Invalidité Spécifique à la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), concernant les personnes dont l'état de santé ne leur permet pas d'obtenir une couverture d'assurance sans majoration de tarif ou exclusions de garanties. Les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-info.fr.

Pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels (uniquement pour l'acquisition de locaux et de matériels), la Convention AERAS prévoit un dispositif d'examen approfondi et automatique de la demande d'assurance selon trois niveaux.

À l'issue des deux premiers niveaux, si une proposition d'assurance ne peut pas être établie, le dossier de l'emprunteur sera analysé à un troisième niveau, dans la mesure où il répond aux conditions suivantes :

- Pour les prêts professionnels et les prêts immobiliers autres que la résidence principale :
 - encours cumulés de prêts inférieurs ou égaux à 320 000 euros,
 - 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 :
 - prêt inférieurs ou égaux à 320 000 euros (hors prêts relais),
 - durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Malgré ce dispositif, certaines personnes peuvent ne pas être assurables.

Si en raison de l'état de santé de l'Assuré, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et la garantie Invalidité Permanente Totale ne peuvent être accordées sans restriction, l'Assureur étudiera la possibilité d'accorder à l'emprunteur la Garantie Invalidité Spécifique de la Convention AERAS (GIS).

Cette garantie (GIS) est fixée au taux de 70% par référence au barème d'invalidité annexé au code des pensions civiles et militaires ; elle fonctionne si l'Assuré se retrouve en invalidité professionnelle totale et si son taux d'incapacité fonctionnelle, au sens de ce barème, est au moins égal à 70%. Lorsqu'elle est accordée, la Garantie Spécifique Invalidité ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré.

Si l'assureur n'a pas pu proposer à l'Assuré la Garantie Invalidité Spécifique, il étudiera la possibilité de lui proposer la couverture du risque de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA). Cette garantie intervient lorsque l'assuré se trouve dans un état de santé particulièrement grave, nécessitant le recours total et permanent d'une tierce personne pour accomplir tous les Actes de la Vie Quotidienne.

4. Les garanties en option

4.1 Prolongement des garanties ITT – IPP - IPT

Cette garantie permet à l'Assuré, selon les garanties choisies à l'adhésion, et pour chacune des garanties souscrites, d'être couvert après son 67ème anniversaire et ce jusqu'à la date de son 70ème anniversaire.

Les garanties cessent d'être versées :

- de la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour des raisons médicales)
- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé,

4.2 Exonération des cotisations

Option Exonération partielle des cotisations :

Cette option permet de bénéficier du remboursement des seules cotisations relatives aux garanties complémentaires souscrites à savoir ITT, IPP, IPT ou GIS dès la fin de la période de Franchise et tant que dure la prise en charge de l'Assuré au titre du Contrat. Les cotisations dues au titre du décès ou de la PTIA continuent d'être dues.

Option Exonération totale des cotisations :

Cette option permet de bénéficier du remboursement de la totalité des cotisations relatives en cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou de GIS donnant droit au versement de prestations, dès la fin de la période de Franchise et tant que dure la prise en charge de l'Assuré au titre du Contrat. Les cotisations dues au titre du décès ou de la PTIA ne sont pas remboursées

EXCLUSIONS

Sont exclues de l'ensemble des garanties les suites et conséquences des évènements suivants :

Exclusions pour toutes les garanties :

- le suicide ou la tentative de suicide de l'assuré dans la première année de l'adhésion ; toutefois le risque de suicide sera couvert à compter de la date d'effet de l'adhésion dans la limite de 120 000 euros maximum (montant fixé par décret) pour les prêts destinés à l'acquisition de la résidence principale
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, émeute ou mouvement populaire, sauf en cas de légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel
- Participation de l'Assuré à un record, une tentative de records, une exhibition, un pari ou un essai, de toutes natures.
- Les accidents et maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé et non déclarés à l'Assureur (sauf les pathologies relevant du dispositif légal du « droit à l'oubli »).
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes, émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome
- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française
- les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide
- les actes consécutifs à l'ivresse et de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur, si l'assuré est reconnu responsable de l'accident
- l'usage de stupéfiants, drogues, produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement
- Les suites et conséquences de la pratique des sports suivants (non rachetables) :
 - o Sports non représentés par une fédération reconnue par le ministère français
 - o Base jump, sky flying, sky surfing, saut à l'élastique, zorbing
 - o Les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,
 - o Les sports en compétition, raids, concours, expéditions...

- Sport de neige hors-piste
 - VTT de descente, bicross, freeride
 - tout sport ou activité nécessitant un VTM,
 - sport aérien (à voile, moteur ou aile)
 - sport nautique avec engin maritime à moteur
- Les suites et conséquences de la pratique des sports suivants (rachetables) :
- les sports de montagne au-delà de 2500m, de neige ou de glace sur pistes balisées uniquement (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage qui est couverte),
 - activité sportive maritime au-delà de six milles des côtes
 - Plongée au-delà de 40m
 - activités sportives fluviales (rafting, canyoning...)
 - activités sportives souterraines, spéléologie
 - sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté)
 - sports équestres (autre que la randonnée, le dressage, le travail à pied, le manège).
 -

Les baptêmes ou initiations encadré(e)s par un professionnel habilité, qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires des sports rachetables sont couverts.

Exclusions pour les garanties ITT, ITP, IPT et IPP :

- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non ;

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1125-17 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'ITT susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de Franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

VIE DU CONTRAT

1. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion au Contrat prend effet à la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion remis à l'Assuré. La date d'effet de l'Adhésion correspond à la date à laquelle la Demande d'Adhésion a été signée électroniquement.

2. Durée de l'adhésion au Contrat

L'adhésion est conclue pour une période initiale de 12 mois.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, à sa date anniversaire, pendant toute la durée de remboursement de l'opération de crédit, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion au contrat ».

3. Modification des conditions d'assurance

Votre contrat est établi d'après vos déclarations lors de votre adhésion.

En cours de contrat, Vous devez communiquer à Magnolia par écrit, dès que vous en avez connaissance :

- toute modification des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement.
- tout changement de votre situation (lieu de résidence habituelle, la catégorie socio-professionnelle, ...).

Lorsque l'Adhérent s'apprête, à établir son lieu de résidence à l'étranger, ou à y effectuer un déplacement professionnel de plus de 30 jours consécutifs, il doit en aviser l'Assureur avant son séjour, afin que celui-ci lui précise les conditions éventuelles de maintien de ses garanties durant son séjour dans ledit pays. À défaut, l'Assureur se verrait contraint d'appliquer les sanctions prévues en cas de non-déclaration de la modification du risque.

En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :

En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion :

- en cas d'augmentation de la durée du prêt supérieure à 5 ans
- en cas d'augmentation de la Quotité de l'Assuré

Aucune augmentation ne sera prise en compte par l'assureur si elle intervient pendant une période d'ITT, ITP, IPT ou IPP de l'assuré sauf si elle : - résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt, - est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur, - intervient au plus une fois par an

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'ITT, ITP, IPT ou IPP.

4. Cessation de l'adhésion au contrat

L'adhésion cesse automatiquement et de plein droit :

- au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- en cas de résiliation du prêt pour déchéance du terme prononcée par l'Organisme prêteur
- dès que l'Assuré a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion,
- lorsque l'Assuré atteint les limites d'âge aux prestations
- si l'Assuré est une personne morale, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la personne morale adhérente ;
- si l'Assuré est Caution, à la date de cessation du contrat de cautionnement ;
- à la date de résiliation de l'adhésion, dans les conditions définies au paragraphe « Faculté de résiliation ».

DURÉE DES GARANTIES

1. Début des garanties

Sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

En cas de Vente à distance : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à l'expiration du délai de renonciation de 30 jours calendaires prévu au sous-chapitre « Faculté de renonciation » ; délai qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion. Les garanties peuvent prendre effet à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement, lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de renonciation, à condition que l'Adhérent le demande dans l'espace prévu sur la Demande d'adhésion pour la mise en œuvre des garanties.

Dans les autres cas : à la date de la signature de l'offre de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt à la date expressément notifiée par l'Assureur dans le Certificat d'adhésion. Dans tous les cas, les garanties ne peuvent pas prendre effet avant la date d'effet de l'adhésion au Contrat. En cas de refus d'une opération de crédit par l'Organisme prêteur, les cotisations d'assurance afférentes à cette opération de crédit et éventuellement perçues lors de l'adhésion, sont intégralement remboursées. L'adhésion au Contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet.

2. Maintien des conditions d'acceptation et de tarifs

À compter de la prise d'effet de l'adhésion et sous réserve :

- des dispositions prévues aux paragraphes « Modification des conditions d'assurance », et « Détermination du montant des cotisations » ;
- du paiement régulier des cotisations conformément à l'échéancier prévu ;

l'Assureur s'engage, dès lors que la signature de l'offre de l'opération de crédit intervient dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature de la date mentionnée au Certificat d'adhésion et que, dans le cadre d'un prêt, le premier déblocage des fonds intervient dans un délai de 24 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt ; à maintenir les conditions d'acceptation et de tarifs notifiés sur le Certificat d'adhésion pour les garanties souscrites, tant que les garanties seront en vigueur, sous réserve d'un changement de tarif prévu au chapitre « Cotisations ».

3. Fin des garanties

Les garanties prennent fin à la date de fin de l'adhésion (cf paragraphe « Cessation de l'adhésion au contrat »).

À l'égard de l'Assuré, les garanties cessent :

- le jour de son 86^{ème} anniversaire, pour la garantie Décès ;
- le jour de son 70^{ème} anniversaire pour la garantie PTIA ou le jour du départ ou mise en retraite,
- pour les garanties ITT, IPP, IPT, le jour du départ ou mise en préretraite ou retraite, (sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude), et, au plus tard en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, le jour de son 67^{ème} ou 70^{ème} anniversaire (selon l'option choisie et mentionnée au Certificat d'adhésion) .

LES COTISATIONS

1. Le tarif

Les cotisations - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital restant dû et sont fixées en fonction des informations recueillies à l'adhésion et notamment de l'âge de l'Assuré, de son statut professionnel, de sa profession, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

Au montant des cotisations d'assurance, s'ajoutent lors de l'adhésion celui des frais de dossier ainsi que celui de la cotisation à l'Association, dont les montants sont indiqués dans la demande d'adhésion.

À l'adhésion, un tableau récapitulatif des cotisations annuelles prévisionnelles sera adressé à l'Assuré. **Le tarif est garanti sauf changement du taux des taxes, instauration de nouvelles impositions ou nouvelle décision législative ou réglementaire applicables au contrat MEROS EMPRUNTEUR qui s'imposerait aux adhésions en cours et entraînerait une modification du montant de la cotisation.**

2. Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'adhésion. L'Adhérent peut également demander à MAGNOLIA Assurances à régler les cotisations par carte bancaire. Par ailleurs tout mois commencé est dû.

3. Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance, l'Assureur adresse, au dernier domicile connu de l'Adhérent, une lettre recommandée informant que le contrat sera résilié dans un délai de 40 jours après l'envoi de cette lettre, si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai (article L. 141-3 du Code des assurances). L'Adhérent restera alors débiteur des cotisations dues et des frais liés à la gestion de ces impayés. L'Organisme prêteur en sera alors informé et pourra, s'il le souhaite, demander à MAGNOLIA Assurances de maintenir le Contrat en vigueur en se substituant à l'Adhérent pour le paiement des cotisations.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

1. MODALITES DE DECLARATION

En cas de Sinistre, l'Assuré ou à défaut ses ayants-droit doit en informer MAGNOLIA. Les déclarations doivent être adressées à l'adresse suivante :

FOREVER – SERVICE SINISTRE
120 AVENUE DU GENERAL LECLERC – CS 10029
75680 PARIS CEDEX 14

2. Délai de déclaration à l'Assureur

En cas d'ITT, d'IPP, d'IPT, GIS l'Assuré dispose d'un délai de 30 jours au-delà de la Franchise choisie pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 30 jours.

Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux Bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

3. Les documents à adresser :

En cas de décès :

- La copie intégrale de l'acte de décès,
- Un certificat médical à compléter par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes les pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès.
- une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),
- la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- le tableau d'amortissement au jour du décès,
- la copie de l'offre de prêt,
- si le Bénéficiaire n'est pas l'Organisme prêteur, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, ...),
- toutes autres pièces demandées par MAGNOLIA en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical fourni par l'assureur dans lequel toutes les questions seraient posées afin d'obtenir toutes les informations dont nous aurions besoin pour l'instruction du sinistre, évitant toute omission. Tout comme pour le décès, merci de nous transmettre ce certificat médical.
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),

- la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces demandées par MAGNOLIA en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Partielle (IPP), d'Invalidité Permanente Totale (IPT) et d'Invalidité Spécifique (GIS) :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- en cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie,
- le certificat médical fourni par MAGNOLIA, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- en cas de Rechute un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la production d'un titre de pension d'invalidité de 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'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés. en cas d'Accident,
- une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),
- la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces demandées par MAGNOLIA en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.
- En cas de reprise de l'activité en mi-temps thérapeutique, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail
- La copie des justificatifs de paiement de pension ou de rente

En cas de sinistre à l'étranger :

- Décès : acte intégral de décès établi par la représentation française située dans le pays concerné (consulat ou ambassade),
- PTIA : un certificat médical descriptif de l'état de santé précisant, entre autres, le besoin de l'assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des Actes de la vie Quotidienne, fourni au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur.
- IPP, IPT et GIS : un certificat médical descriptif de l'état de santé fourni au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale et visés par le médecin attaché à la représentation française (consulat ou ambassade) du pays concerné et sous réserve de la possibilité de contrôle par l'assureur.
- ITT : les prescriptions d'arrêt de travail rédigées par un médecin choisi par l'assuré

A défaut de fourniture des documents spécifiques visés ci-avant (original et traduction en français) permettant de justifier le Sinistre, les garanties et options seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France ou dans la zone accordée à l'article « TERRITORIALITE DES GARANTIES ET OPTIONS » selon la garantie.

Le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourront pas avoir lieu avant la date à laquelle le Sinistre aura été reconnu par l'Assureur.

Les frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré,

Dans tous les cas, l'Assureur :

- peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre,
- se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour contrôler la réalité de l'état de PTIA, IPP, IPT, GIS. Sauf cas de force majeure, le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations,
- n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou le cas échéant par celles du médecin qui a établi le certificat médical.

EXPERTISE AMIABLE ET EXPERTISE JUDICIAIRE

1. Expertise médicale arbitrale amiable

En cas de désaccord de l'Assuré sur les résultats du médecin expert mandaté par l'Assureur, son médecin traitant et le Médecin expert désignent un troisième médecin pour arbitrage.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin arbitre ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination et à l'expertise médicale éventuelle, étant supportés par parts égales par les deux parties.

2. Expertise judiciaire

Le recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations est possible dès que survient un différend entre l'Assuré et le Médecin expert. Ce recours est également possible si, à l'issue de l'expertise amiable, une des parties est en désaccord avec l'avis du médecin arbitre, mentionné dans le précédent article.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les sommes dues sont payables après que MAGNOLIA a réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées au profit du(des) Bénéficiaire(s) en euros.

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

BASES LÉGALES

1. Faculté de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion, sous réserve de l'accord de l'Organisme prêteur, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

Il doit signifier la renonciation à FOREVER par lettre recommandée avec accusé de réception à :

FOREVER - SERVICE RESILIATION
14 RUE PIERRE GILLES DE GENNES
76130 MONT SAINT AIGNAN

Cette lettre pourrait être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) Nom :.....Prénom :.....Adresse complète : déclare par la présente renoncer à mon adhésion au Contrat MEROS EMPRUNTEUR n° et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte. Le
Signature »

La part des cotisations versées, hors cotisation d'Association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

Effets de la renonciation :

La renonciation fait disparaître rétroactivement votre adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre. La garantie Décès est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restituée et au plus tard, jusqu'au 30ème jour suivant la date d'effet des garanties. Si des prestations ont déjà été versées au titre de l'adhésion à la Convention, Vous ne pouvez plus exercer votre droit à renonciation.

2. Faculté de Résiliation

A l'initiative de l'Assuré :

Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel, conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut résilier l'adhésion dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt. La demande de résiliation doit être adressée à MAGNOLIA Assurances par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de 12 mois susmentionnée.

Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt immobilier à caractère non professionnel, l'Adhérent peut également résilier son adhésion en adressant une lettre recommandée à MAGNOLIA Assurances :

- 2 mois au moins avant la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt ;
- ou 2 mois au moins avant la date d'échéance de l'adhésion (correspondant à sa date de renouvellement de l'adhésion soit le 1^{er} janvier).

L'Adhérent doit également notifier à MAGNOLIA Assurances par lettre recommandée la décision de l'Organisme prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter ou de refuser l'assurance de substitution en précisant, le cas échéant, la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution. En cas d'acceptation par l'Organisme prêteur, la résiliation de l'adhésion prend effet à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après la réception par l'Assureur de la décision de l'Organisme prêteur ;
- Soit à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur. En cas de refus par l'Organisme prêteur, l'adhésion n'est pas résiliée.

A l'initiative de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations

3. Traitement et protection des données personnelles

MAGNOLIA Assurances, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec ses clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins du client ;
- L'adhésion et la gestion administrative du contrat ;

- La gestion commerciale du contrat ;
- La réalisation d'études marketing ;
- La prospection commerciale, sauf si le client s'y est opposé.
- La gestion des sinistres.

L'Assureur et MAGNOLIA Assurances, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- La gestion des réclamations ;
- La réalisation de statistiques et d'études actuarielles ;
- La réponse aux obligations légales.

Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés de MAGNOLIA Assurances et de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en justifiant de son identité via l'Espace Assuré ou à l'adresse suivante :

FOREVER – SERVICE GESTION
120 AVENUE DU GENERAL LECLERC – CS 10029
75680 PARIS CEDEX 14

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, elle peut introduire une réclamation auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du « Médecin Conseil ». FOREVER a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@magnolia.fr

Conformément à l'article L 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors du ou des contrats en cours d'exécution ou de produits venant en complément dudit contrat, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

de sa relation avec l'Assureur et le distributeur, peut s'inscrire, gratuitement, sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

4. Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation relative au Contrat, l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), désignés ci-après comme le « réclamant », doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si le réclamant ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser une réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à l'adresse ci-dessous :

FOREVER – SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS
120 AVENUE DU GENERAL LECLERC – CS 10029
75680 PARIS CEDEX 14

Ce service accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

Si la réponse apportée ne convient pas ou en cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation par le Service Réclamations du Gestionnaire, le réclamant peut alors s'adresser à l'Assureur :

Via le formulaire de contact présent sur le site internet, www.prevoir.com ou par voie postale à l'adresse suivante :

PRÉVOIR- Vie - Service Réclamations
19 Rue d'Aumale – CS 40019
75306 Paris Cedex 09

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation et d'indiquer le nom de son Contrat ainsi que la référence de son adhésion.

Le Service Réclamations de l'Assureur accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois suivant sa date de réception.

Si un désaccord subsiste, le réclamant peut saisir le Médiateur de l'assurance en lui adressant sa réclamation :

- via le site Internet de la Médiation de l'Assurance www.mediation-assurance.org

- ou par voie postale à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance -TSA 50110- 75441 Paris Cedex 09.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), par le Gestionnaire ou par l'Assureur.

5. Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat sont fixées par les articles L114-1 à L 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances : « 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Article L114-2 du Code des assurances : « 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 L114-3 du Code des assurances : « 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. »

Article L. 192-1 du Code des assurances : « Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1^{er}, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. »

Information complémentaire : les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil : « La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil : « L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil : « L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil : « Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil : « L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil : « L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

6. Sanction des omissions ou fausses déclarations

Les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré concernant son âge, son état civil, son état de santé, ses antécédents médicaux, ses activités professionnelles et ses conditions d'exercice servent de base à l'adhésion au Contrat qui devient incontestable dès son entrée en vigueur. La nullité du Contrat pourra être soulevée conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. L'Assureur conservera alors les cotisations versées à titre de dédommagement. De plus, l'Assureur est fondé, à titre de dédommagement, à réclamer à l'Adhérent le paiement de toutes les cotisations dues jusqu'au terme du Contrat. L'Adhérent devra également rembourser à l'Assureur les indemnités versées à l'occasion des Sinistres réglés au cours de l'adhésion.

Si après un Sinistre, l'Assureur constate une omission ou une déclaration inexacte de nature à atténuer son appréciation du risque, les indemnités pourront être réduites, conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si elle est constatée avant la survenance d'un Sinistre, une telle omission ou déclaration inexacte donnera lieu soit au maintien du contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit à la résiliation du contrat.

Rappel des dispositions des articles L 113-8, L 113-9 et L 132-26 du code des assurances :

Article L.113-8 du Code des assurances : « 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 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 ».

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 avec accusé de réception, 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 ».

Article L.132-26 du Code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

7. Législation

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le Contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur.

8. Subrogation

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, MAGNOLIA Assurances peut exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

L'Assuré s'engage dès à présent à subroger MAGNOLIA Assurances intégralement dans ses droits et actions qu'il détiendrait à l'encontre d'un tiers responsable en cas de Sinistre. À cet effet, l'Assuré s'engage à signer et à retourner à MAGNOLIA Assurances la quittance subrogative adressée en contrepartie du règlement des prestations dues au titre du contrat MEROS EMPRUNTEUR.

9. Modification de durée d'un prêt

L'Assureur doit couvrir sans demande de formalités médicales supplémentaires les emprunts immobiliers dans la limite de 5 ans et des limites prévues au contrat d'assurance en cas d'allongement de la durée de son prêt dans les conditions prévues par le contrat de prêt initial, avec des garanties et des grilles tarifaires inchangées.

DÉFINITIONS

Le lexique ci-dessous est à la disposition de l'Assuré pour une parfaite compréhension des termes techniques utilisés.

Accident : toute atteinte ou lésion corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure, et survenue pendant la période de validité des garanties.

Ne sont pas considérés comme Accident, les malaises cardiaques, l'infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et la rupture d'anévrisme.

Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) : désignent les activités de la vie quotidienne ou activités élémentaires qu'une personne est amenée à effectuer quotidiennement en réponse à ses besoins primaires. Elles se décomposent en 6 catégories :

1. L'habillement : s'habiller et se déshabiller,
2. L'alimentation : se servir à manger de la nourriture préparée,
3. La continence : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale,
4. Le déplacement : se déplacer à l'intérieur de son logement ou d'en quitter en cas de danger imprévu,
5. Les transferts : être capable de passer du lit à une chaise ou inversement.
6. La toilette : aptitude de faire sa toilette seul.

Adhérent : personne physique ou morale dont l'adhésion au Contrat a été acceptée et qui paie les cotisations.

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

Association des Assurés pour une Protection Solidaire : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est situé 14 rue Pierre Gilles de Gennes 76137 Mont Saint Aignan, souscriptrice du contrat MEROS EMPRUNTEUR. Elle a pour activité principale l'examen des situations des salariés et non-salariés, au regard des domaines de la prévoyance et de la retraite collective, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi des contrats. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de MAGNOLIA Assurances.

Assuré : personne physique admise à l'assurance sur qui repose les garanties. Le terme « Assuré » désigne chacun des assurés mentionnés au Certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : l'Organisme prêteur désigné au Certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du Contrat, sauf accord exprès du prêteur et de l'Adhérent pour la désignation d'un autre Bénéficiaire.

Bon pour accord : document contractuel confirmant les conditions particulières de l'Adhésion

Capital Restant Dû : montant total du prêt dont l'Adhérent est redevable auprès de l'Organisme prêteur à une date déterminée. Le Capital Restant Dû ne tient pas compte des Échéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Caution : personne physique s'engageant 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.

Certificat d'adhésion : document contractuel confirmant l'adhésion au Contrat et précisant la date d'effet, les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré, les franchises ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles. Le Certificat d'Adhésion vaut délégation de bénéfice.

Conjoint / Concubin : L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité avec ce dernier, en vigueur à la date du Sinistre. Le concubin notoire de l'Assuré pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint, s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur la demande d'adhésion et si justification de sa qualité est faite.

Consolidation (date de) : Il s'agit de la date de stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cela correspond à la date à laquelle cet état n'est plus susceptible d'évoluer vers une amélioration ni vers une aggravation.

Contrat : ensemble des documents qui définit les droits et obligations réciproques de l'Assuré et de l'Assureur.

Demande d'adhésion : document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

Echéance : montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échéancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'adhésion ou avenant au contrat en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. **L'Echéance ne couvre pas le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif.** Concernant les prêts à paliers intégrant les prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance, la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Assuré.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, aucune prestation n'est due.

Hospitalisation : fait de recevoir des soins prescrits par une autorité médicale compétente dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit.

Est considéré comme établissement hospitalier, un hôpital ou une clinique habilitée(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire, **à l'exclusion des établissements de soins de suite et de réadaptation et des centres de thermalisme.**

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : état qui place l'Assuré, suite à un Accident ou une Maladie garantie, dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'exercer sa profession. L'Assuré sans activité professionnelle au moment du Sinistre est considéré en ITT si son état le place dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'effectuer ses Occupations de la Vie Quotidienne.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la date de Consolidation, d'exercer sa profession.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : inaptitude de l'Assuré, constatée à la Date de Consolidation, d'exercer sa profession.

Maladie : toute altération de l'état de santé d'origine non accidentelle constatée par un médecin. Est considéré comme une Maladie le décès qualifié de mort naturelle.

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

Médecin conseil : médecin de l'Assureur

Médecin expert : médecin mandaté par MAGNOLIA Assurances pour examiner l'Assuré dans le cadre d'un Sinistre.

Non-fumeur : personne n'ayant pas consommé de tabac ou de cigarette électronique, même occasionnellement, au cours des 24 derniers mois, et ne pas avoir cessé de fumer sur demande expresse du corps médical.

Organisme prêteur : organisme qui a consenti l'opération de crédit qui fait l'objet des garanties accordées par l'Assureur au titre du contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : invalidité qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, met l'Assuré dans l'incapacité physique ou mentale définitive permanente, médicalement constatée, de se livrer à la moindre occupation, ni au moindre travail lui procurant gain ou profit et le met dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les Actes de la Vie Quotidienne .

Profession : métier exercé par l'Assuré lui procurant un salaire, une rémunération ou des revenus.

Proposant : personne physique ou morale qui formule une demande d'adhésion au contrat.

Occupations de la Vie Quotidienne : faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Quotité : correspond pour chaque Assuré, à la part, en pourcentage du capital emprunté auprès de l'Organisme prêteur, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.
Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une Quotité assurée de 100%.

Résidence habituelle : désigne le foyer d'une personne physique (conjoint et/ou enfants) ou le lieu de séjour principal (plus de 183 jours par an).

Rechute : Aggravation de l'Affection initiale ou apparition d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial.

Sinistre : tout événement survenu pendant la durée de validité de l'adhésion susceptible de mettre en jeu une garantie souscrite au titre du Contrat.

Taux de change : est ainsi dénommé le taux de change applicable aux montants cités dans la présente notice qui sera déterminé selon le cours de référence de la Banque de France.

PRÉVOIR-VIE GROUPE PRÉVOIR, entreprise d'assurance mixte, société anonyme au capital de 81 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n°343 286 183, pour le risque de Décès (branche 20 vie-décès) et pour les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle et Totale (branches 1 et 2 – accidents et maladie) dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale CS 40019 75306 Paris Cedex 09
Magnolia Web Assurances, société de courtage en assurances - SAS au capital de 45 714 euros - RCS Nanterre n° 431 801 602 - APE 6622Z - Assurance de responsabilité civile professionnelle conforme au Code des assurances - ORIAS n°07 025 920 - Siège social 73 Rue du Château 92100 Boulogne-Billancourt. En cas de réclamation par courrier électronique : reclamation@magnolia.fr. Le contrat d'assurance MAGAID1a été souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.S.R.) auprès de PREVOIR-VIE, GROUPE PREVOIR, entreprise d'assurance mixte, société anonyme au capital de 45 000 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 343 286 183, dont le siège social est situé 19 rue d'Aumale 75306 Paris Cedex 09.