

Notice d'information valant Conditions Générales au contrat d'assurance de groupe AXA Assurance des Emprunteurs 4082 (Référence 2021/03/01_4082)

Le contrat d'assurance emprunteur apporte une réponse à la demande de votre établissement de crédit en matière d'assurance emprunteur et vous permet de concrétiser votre projet personnel ou professionnel.

Préambule

Les informations qui sont fournies dans la notice d'information sont de caractère commercial et sont valables sans limitation de durée, sous réserve que l'adhésion soit conclue, et hors changements légaux ou réglementaires.

Elles ont pour objet de décrire les différentes garanties accordées par le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°4082 :

- souscrites par UGIPS, l'association loi de 1901 dont le siège social est au 5 place du Colonel Fabien 75010 Paris
- auprès d'AXA France Vie S.A. au capital de 487 725 073, 50 € immatriculée sous le numéro 310 499 959 RCS Nanterre - Siège social: 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances,
- au profit de ses adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers et professionnels y compris rachats de crédits accordés par des organismes Prêteurs

Votre contrat d'assurance est composé de la présente notice d'information valant Conditions Générales, de la demande d'adhésion dûment complétée et signée, du certificat d'adhésion ainsi que de tout avenant portant modification au Contrat.

Il faut entendre par :

- ITT : Incapacité temporaire totale de travail
ITP : Incapacité temporaire partielle de travail
IPT : Invalidité permanente totale
IPP : Invalidité permanente partielle
PTIA : Perte totale et irréversible d'autonomie

SOMMAIRE

Article	Contenu	
1.	Lexique	2
2.	L'objet de votre contrat	2
3.	Votre adhésion et ses modalités	2
4.	A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?	3
5.	Qu'est-ce qui est assuré ?	4
6.	Quelles sont les exclusions de garantie ?	6
7.	La vie de votre contrat	7
8.	Que faire en cas de sinistre ?	7
9.	Informations générales	8

1. Lexique

Voici les définitions des mots « essentiels » en matière d'assurance de prêt que vous avez pu lire dans cette notice.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action violente et soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure, survenue après la prise d'effet des garanties du contrat. L'Assuré ne doit pas avoir volontairement déclenché cette action.

Ne sont pas considérées comme un Accident au sens du Contrat d'assurance : les conséquences directes d'une intervention chirurgicale, les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

ADHERENT : Personne physique majeure ou personne morale qui a adhéré au Contrat et désigné comme tel dans la Demande d'Adhésion. L'Adhérent est la personne titulaire du Contrat et paie les cotisations.

ASSURE : Personne physique ayant signé la demande d'adhésion, répondant aux conditions d'éligibilité à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties souscrites. Le terme « assuré » désigne chacun des assurés : emprunteur ou co-emprunteur ou caution éventuelle.

CAPITAL ASSURE : montant du capital emprunté couvert par le contrat d'assurance et calculé sur la base de la quotité assurée.

CAPITAL RESTANT DU : montant total du prêt dont l'adhérent est redevable auprès de l'organisme Prêteur au jour du sinistre. Ce montant est calculé sur la base des caractéristiques du prêt fourni par l'adhérent lors de l'adhésion et figurant sur le tableau d'amortissement ou ses éventuels avenants.

CAUTION : personne physique qui s'engage auprès de l'organisme Prêteur à rembourser les échéances du prêt contracté par l'emprunteur.

EMPRUNTEUR : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès de l'organisme Prêteur.

FRANCHISE : Période de 30, 60, 90 ou 180 jours consécutifs (selon le délai de franchise choisi à l'adhésion) à la survenance du risque ITT durant laquelle les prestations ne sont pas dues. La Franchise est appliquée pour chaque sinistre ITT.

MALADIES NON OBJECTIVES : Maladies psychiques, psychiatriques et celles du rachis

PRET : Il s'agit de prêts à titre privé ou professionnel destinés à l'acquisition, d'une résidence principale, secondaire ou locative ou locaux commerciaux.

QUOTITE ASSUREE : Pourcentage du capital emprunté couvert par le contrat d'assurance. Ce pourcentage est renseigné par l'adhérent sur la demande d'adhésion et peut être inférieur ou égal à 100% par assuré.

SINISTRE : La réalisation d'un événement donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion. L'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur constitue un seul et même Sinistre.

2. L'objet de votre contrat

Le présent contrat AXA Assurance des Emprunteurs 4082 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par UGIPS (ci-après dénommée « La Contractante ») auprès d'AXA France VIE (ci-après dénommé « l'Assureur »), au profit de ses adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers, professionnels y compris rachats de crédits accordés par des organismes Prêteurs (ci-après dénommés « le ou les Prêteurs »). Ce contrat permet aux emprunteurs, co-emprunteurs et à leurs cautions, aux dirigeants ou cautions de personne morale, de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre les risques de DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (ITP), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP).

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

« (...) **Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat 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 modifie 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.** »

2.1 CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES

Les caractéristiques des prêts immobiliers et professionnels entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- **Prêts amortissables y compris prêts à paliers**, à taux fixe ou à taux indexé, d'une durée maximale de 30 ans et un montant de 17.000 € minimum. Ces prêts peuvent comporter un **différé d'amortissement** d'une durée limitée à 36 mois.
- **Prêts relais** : ces prêts sont d'une durée maximum de 3 ans et un montant de 17.000 € minimum. Les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.

2.2 ACCEPTATION

Compte tenu de l'objet de l'assurance, chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat et s'engage à reverser, conformément aux dispositions du paragraphe « **Bénéficiaire de l'assurance** » du chapitre 7 « **La vie de votre contrat** », les éventuels reliquats.

3. Votre adhésion et ses modalités

3.1 ADMISSIBILITE

Sont admissibles au présent contrat les personnes physiques, qui à la date de la signature de leur demande d'admission :

- Résident en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne,
- Sont âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de :
 - **plus de 18 ans**,
 - **moins de 85 ans** pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est inférieur ou égal à **500 000 €**,
 - **moins de 65 ans** pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est supérieur à **500 000 €**,
 - **moins de 65 ans** pour la garantie ITT, ITP, IPT, IPP, PTIA
 - **moins de 65 ans** pour la couverture BÉNÉFICIAIRES CROISÉS,
- Postulent à un contrat de prêt, sous réserve que le prêt soit libellé en euros et souscrit auprès d'un organisme Prêteur situé en France et que l'emprunteur dispose d'un compte bancaire domicilié en France et tel que défini au paragraphe « **CARACTERISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES** » du chapitre 2 « **L'objet de votre contrat** » en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de dirigeant, ou de caution de personne physique ou morale,
- Sont âgées de plus de 18 ans qui constituent, à l'appréciation du Prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale « emprunteuse » ou qui s'engagent avec cette dernière à rembourser le prêt.

3.2 NATURE DES GARANTIES

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des FORMULES suivantes :

- **FORMULE 1 :
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),**
- **FORMULE 2 : (sauf pour un prêt relais)
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP),
Invalidité Permanente et Totale (IPT),**
- **FORMULE 3 : (sauf pour un prêt relais)
Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT),
Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP),
Invalidité Permanente et Totale (IPT),
Invalidité Permanente et Partielle (IPP).**

Les FORMULES 2 et 3 ne peuvent être souscrites qu'à la condition suivante :

- **Le proposant exerce une activité professionnelle rémunérée en France et réside fiscalement en France**

En complément des FORMULES 1, 2 ou 3, le postulant pourra également choisir les options ci-dessous :

- **OPTION 1 : BÉNÉFICIAIRES CROISÉS – Uniquement pour la FORMULE 1**
Pour garantir au bénéficiaire de son choix, tout ou partie de la quotité non couverte par un contrat d'assurance de prêt souscrit au profit du Prêteur

- **OPTION 2 : RACHAT DES EXCLUSIONS DES MALADIES NON OBJECTIVES – Pour les FORMULES 2 et 3**

Cette option permet de racheter les deux dernières exclusions du chapitre 6 « [Quelles sont les exclusions de garantie ?](#) », concernant les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Temporaire Partielle de travail, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Le choix des FORMULES et OPTIONS est indiqué lors de l'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'Assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ce choix pourra être modifié.

3.3 CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'admission définies aux paragraphes précédents, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer aux **FORMULES 1, 2 ou 3**. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

Toutefois, les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur et si elles apportent la preuve qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

3.4 FORMALITES D'ADHESION

Chaque postulant doit remplir et signer une demande d'admission.

Il doit également satisfaire aux formalités médicales d'admission demandées par l'Assureur qui lui seront précisées par la Contractante.

Selon le montant du capital à assurer et de son âge à la date de la demande d'admission, le postulant devra :

- répondre au questionnaire simplifié ou détaillé de l'Assureur, que lui aura remis le gestionnaire Multi Impact. Il peut, s'il le souhaite, adresser directement le questionnaire médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Ce dernier peut demander un complément d'information.
- se soumettre aux examens médicaux demandés par le Médecin conseil de l'Assureur. Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales sont à la charge de l'Assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale. Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires destinées au Médecin conseil de l'Assureur sont à envoyer à l'adresse suivante :

Service Gestion MULTI-IMPACT
Médecin Conseil
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

L'Assureur peut :

- accepter sa demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.
- refuser sa demande.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, le postulant est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondant au cumul des sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

CONVENTION AERAS, DROIT A L'OUBLI ET GRILLE DE REFERENCE

Lorsque le financement est destiné à l'acquisition d'un bien immobilier dans le cadre d'un emprunt personnel ou dans le cadre d'un prêt professionnel, et selon certaines conditions de montant et de durée du prêt, le postulant peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS.

Le Distributeur et l'Organisme Assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le distributeur et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr

Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions.

Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté aux conditions standard au titre du présent contrat, avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime, est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'Organisme Assureur transmet le dossier au pool de réassurance de 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

Droit à l'oubli et grille de référence :

Si l'Assuré a été atteint d'un cancer, il bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent, conformément à la note sur le droit à

l'oubli jointe à la demande d'admission à l'assurance. Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « droit à l'oubli ».

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées, conformément à la note sur la grille de référence que l'Assuré peut consulter sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-infos.fr).

À NOTER :

Pour que votre contrat soit toujours adapté, pensez à nous informer de toute modification concernant vos prêts.

Si l'Assuré a été atteint d'une de ces pathologies, il doit la déclarer à l'Organisme Assureur lors du remplissage du questionnaire de santé. Ce dispositif lui permettra, selon les critères énoncés dans cette note, l'accès à l'assurance :

- à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion,
- ou bien à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les Assureurs).

Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précision concernant les conditions d'application de cette grille de référence.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

CAPITAL ASSURE

À partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion, il est défini un CAPITAL TOTAL À ASSURER permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe « [ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR](#) » du présent chapitre,
- majoré des capitaux restant dus à la date de demande d'adhésion, assurés au titre du présent contrat et de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme Prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions du paragraphe « [BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE](#) » du chapitre 7 « [La vie de votre contrat](#) », à savoir : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement.

3.5 ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur, pour un même assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat et/ou au titre de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE est limité à :

- **3.000.000 € (TROIS MILLIONS D'EUROS)** pour les assurés âgés **entre 18 et 64 ans**
- **500.000 € (CINQ CENTS MILLE EUROS)** pour les assurés âgés **entre 65 et 84 ans**

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'assuré est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE, au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'Assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'adhésion.

4. A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?

4.1 PRINCIPE GENERAL – DUREE DU CONTRAT

L'assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues au paragraphe « [Cessation Des Garanties](#) » du présent chapitre.

Les garanties joueront conformément à l'échéancier prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'assuré est tenu d'informer le :

Service Gestion MULTI-IMPACT
Médecin Conseil
CS 110002

51687 REIMS CEDEX

Ou via l'espace client :

<https://espaceclient.multi-impact.com/>

de toute modification concernant le ou les prêt(s) assuré(s). Il lui appartient alors de fournir le nouvel échéancier.

4.2 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, **sous réserve de la date de signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds**, de l'acceptation du risque par l'Assureur et du paiement de la première prime d'assurance par prélèvement automatique, sous réserve que cette mise en place intervienne dans un délai de 30 jours à compter de l'acceptation du risque par l'Assureur.

Toutefois,

- si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'adhésion sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'Assureur, la couverture du risque de **DÉCÈS ACCIDENTEL** est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt, pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 350 000 euros (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS)** et sous réserve des exclusions indiquées au chapitre 6 « [Quelles sont les exclusions de garantie ?](#) », la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'Assureur,
- si au vu des conclusions du Médecin Conseil, l'Assureur se prononce sur le refus de l'adhésion du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'assuré.

IL EST PRÉCISÉ QUE DANS LE CAS OÙ L'ASSUREUR NE PEUT STATUER SUR L'ADMISSION AVANT L'EXPIRATION DU TROISIÈME MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION, LA COUVERTURE DU RISQUE DE DÉCÈS ACCIDENTEL CESSE TROIS MOIS JOUR POUR JOUR À COMPTER DE LA DATE.

4.3 CESSATION DES GARANTIES ET RESILIATION

Les garanties cessent :

- A l'initiative de l'Assuré :

- lorsqu'il fait usage de son droit de résiliation annuel (article L.113-12 du Code des assurances), moyennant l'envoi par l'Assuré d'une lettre de résiliation (Service de Gestion Multi Impact CS 110002 51687 Reims Cedex) ou tout autre moyen prévu par l'article L113-14 du code des assurances, à savoir sur tout support durable, déclaration au siège social de l'Assureur, par acte extrajudiciaire ou soit lorsque l'Assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, à l'adresse ovav@multi-impact.com, au moins deux mois avant la date d'anniversaire de la signature de l'offre de prêt.

- Suite à l'envoi par l'Assuré d'une demande de résiliation par lettre recommandée (Service de Gestion Multi Impact CS 110002 51687 Reims Cedex) dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt, au plus tard dans les 15 jours avant le terme des 12 mois ci-dessus mentionnés. L'Assuré doit également notifier la décision d'acceptation ou de refus de la substitution de l'organisme Prêteur ainsi que, le cas échéant, la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par ce dernier (article L113-12-2 du Code des assurances).

En cas de substitution d'assurance, acceptée par l'organisme Prêteur, l'adhésion prend fin :

- o dix jours après la réception par l'Assureur de l'acceptation de la substitution d'assurance par l'organisme Prêteur,
- o Ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par l'organisme Prêteur, si celle-ci est postérieure.

- A l'initiative de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances ;

- Dans tous les cas et sans formalités de votre part :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,

- à la date de résiliation par l'assuré de son adhésion à l'association UGIPS,

Et en outre,

- pour la garantie **DÉCÈS** :
 - le jour du 90ème anniversaire de l'assuré pour les prêts dont le capital assuré est inférieur ou égal à **500.000 €** (sauf pour l'Option Bénéficiaires Croisés)
 - le jour du 75ème anniversaire de l'assuré pour les prêts dont le capital assuré est supérieur à **500.000 €** (sauf pour l'Option Bénéficiaires Croisés)
 - le jour du 70ème anniversaire de l'assuré pour l'Option Bénéficiaires Croisés
- pour les garanties **PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE**: le jour du 67ème anniversaire de l'assuré ;

- pour les garanties **INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL et INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL** : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance de l'un des événements suivants :
 - o départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ;
 - o mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable ;
 - o le jour du 67ème anniversaire de l'assuré ;

Indépendamment des **FORMULES 2 ou 3**, l'Option 2 (Rachat des exclusions des Maladies Non Objectives) peut être résiliée seule, avec l'accord de l'organisme Prêteur.

Par contre, la résiliation de l'Option 1 (Bénéficiaires croisés) peut être effectuée seule, n'est pas assujettie à l'autorisation du Prêteur

5. Qu'est-ce qui est assuré ?

5.1 GARANTIE DECES

MONTANT DE LA PRESTATION EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'assuré, survenant avant la date de cessation de la garantie indiquée au paragraphe « [CESSATION DES GARANTIES](#) » du chapitre 4 « [A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?](#) », le montant du capital versé est égal au montant défini ci-dessous, affecté de la quotité assurée :

- pour les **prêts amortissables** : au montant du capital restant dû au jour du décès, majoré :
 - o du montant des fonds non encore versés à l'assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
 - o des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès.
- pour les **prêts relais** : au montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - o entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé d'amortissement,
 - o entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

5.2 GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Est considéré en état de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité professionnelle lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, l'assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie ou bénéficiaire au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie au paragraphe « [CESSATION DES GARANTIES](#) » du chapitre 4 « [A partir de quand et pour combien de temps êtes-vous couvert ?](#) ». Elle est assimilée au décès et par conséquent met fin aux assurances.

MONTANT DE LA PRESTATION EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital assuré est égal à celui prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre des garanties ITT, IPT et IPP pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler, au titre de la PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

5.3 GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE.

Ces garanties sont réservées aux personnes qui auront effectivement souscrit la **FORMULE 2** ou la **FORMULE 3** du présent contrat. Et :

- concernent les assurés **qui, âgés de moins de 67 ans** au moment du sinistre, résident en France et y exercent leur activité professionnelle ou sont demandeurs d'emploi, ou **résident dans l'un des pays de l'Union Européenne et sont titulaires d'un contrat de travail français.**
- sont acquises pour la caution qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du (des) prêt(s) concerné(s) depuis au moins six mois continus au jour du sinistre suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou le co-emprunteur.

Toutefois, les assurés, ayant opté pour la FORMULE 2 ou la FORMULE 3, qui au moment du sinistre sont âgés de moins de 67 ans, n'exercent plus d'activité professionnelle au moment du sinistre et résident fiscalement en France, sont assurés en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail uniquement.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Est en Incapacité Temporaire Totale de Travail au sens du présent contrat :

- l'assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi, se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession,
- l'assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle hors retraité et préretraité, se trouvant à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

Pour l'assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du sinistre, l'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'invalidité permanente de l'assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

PERIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé à **30, 60, 90 ou 180 jours** continus d'incapacité totale de travail selon le délai de franchise choisi à l'adhésion, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL

Est en Incapacité Temporaire Partielle de Travail au sens du présent contrat, l'assuré reprenant une activité à mi-temps thérapeutique faisant suite à une Incapacité Temporaire Totale de Travail.

GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1er jour d'incapacité de travail, sera en invalidité permanente au sens du présent contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un **taux contractuel d'incapacité supérieur ou égal à 33 %**.

Les garanties invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle sont déterminées en fonction du TAUX CONTRACTUEL d'incapacité fixé par le médecin conseil de l'Assureur.

Le TAUX CONTRACTUEL d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE et du taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE de l'Assuré selon le barème ci-après.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale suite à la maladie ou à l'accident, 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).

Le taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Barème des taux contractuels d'incapacité (extrait du barème du concours médical de 1982) :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
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	33%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

L'assureur considère alors :

- en **invalidité permanente totale**, tout assuré dont le **taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66%**,
- en **invalidité permanente partielle**, tout assuré dont le **taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%**.

5.4 INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL

Pour l'assuré reconnu en état d'incapacité de travail, l'assureur règle au(x) Prêteur(s) à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes « [LIMITATIONS DES PRESTATIONS ITT, IPT, ITP, ET IPP](#) » du présent chapitre et « [CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT, ITP, ET IPP](#) » du chapitre 8 « [Que faire en cas de sinistre ?](#) », 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, affecté de la quotité assurée.

L'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail est étendue à l'assuré qui, au moment du sinistre n'exerce plus d'activité professionnelle. L'indemnité est versée pendant une durée maximale de 3 ans.

La prestation versée au titre de la période allant du 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème} ou 181^{ème} jour (selon le délai de franchise choisi à l'adhésion) à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'Assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée.

Par ailleurs, la durée de prestation en cas d'ITP ne peut excéder 180 jours consécutifs, soit 50% de 6 mensualités au plus.

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

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) Prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

L'Assureur rembourse également les fractions de cotisations relatives aux garanties DECÈS / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE afférentes aux échéances indemnisées.

Il est précisé que pour les prêts sans amortissement d'intérêt, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Ne sont pas pris en compte :

- les **augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail**,
- les **retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) Prêteur(s)**,
- pour les prêts à remboursement in fine, le **montant du capital**.

À la date de la consolidation de l'état de santé de l'assuré le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression, est fonction du taux contractuel d'incapacité et de la FORMULE choisie par l'assuré sur sa demande d'adhésion :

- **FORMULE 2**, garanties ITT, ITP et IPT :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.

- **FORMULE 3**, garanties ITT, ITP, IPT et IPP :
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
 - si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations sont calculées de la façon suivante : **N-33** des sommes dues en cas d'incapacité totale x quotité, **33** (N étant le taux contractuel d'incapacité),
 - si le taux contractuel est inférieur à 33 %, les prestations sont supprimées.

LIMITATIONS DES PRESTATIONS ITT, ITP, IPT ET IPP

Le montant de la prestation mensuelle est limité à **8 000 euros (HUIT MILLE EUROS)** pour un même assuré tous prêts confondus.

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent contrat, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe « [ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR](#) » du chapitre 3 « [Votre adhésion et ses modalités](#) », l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de travail et Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DUREE D'INDEMNISATION

L'Assureur rembourse au terme du délai de franchise les échéances d'amortissement des prêts, calculées prorata temporis et ce dans les limites indiquées ci-dessus, et conformément aux dispositions du paragraphe « [CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, ITP, IPT ET IPP](#) » du chapitre 8 « [Que faire en cas de sinistre ?](#) ».

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à **DEUX MOIS**, l'assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant plus de **DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

[5.5 CONTROLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE](#)

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité temporaire totale de travail, l'incapacité temporaire partielle de travail et à l'invalidité permanente totale ou partielle, et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin d'examiner l'assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'Assureur.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à cet examen, l'assuré et ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail, d'incapacité temporaire partielle de travail ou, d'invalidité permanente totale ou partielle, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné 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'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

6. Quelles sont les exclusions de garantie ?

Au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- La participation à des matches, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même, les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,

- La pratique des sports cités ci-dessous, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle ou de loisir mentionnée sur la demande d'adhésion et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée, OU SAUF si en tant qu'amateur la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement :

la pratique des sports de combat, du cyclisme sur piste ou sur route en compétition, de l'équitation en compétition, de la chasse à courre ou de raid équestre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade ou de l'alpinisme en dessous de 3000 mètres, du hors-pistes, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition ou à plus d'un mile des côtes, de la voile ou du yachting en compétition ou pour une longue traversée ou pour un tour du monde, du kitesurf, de la plongée sous-marine à une profondeur inférieure à 20 mètres ou dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,

- La pratique de la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres ou sans brevet,
- La spéléologie dans le cadre d'une intervention de secours,
- La pratique sportive du bicross, du free ride ou de VTT sans port d'un casque, de gants et d'équipement de protection oculaire,
- Les concours complets d'équitation, courses d'obstacle, dressage de chevaux, polo, rodéo,
- L'escalade, la randonnée en montagne, le trekking et l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres ou sur des cascades gelées ou glaciers ou dans le cadre de participation à des expéditions,
- Les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- Les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- Les conséquences, directes ou indirectes, 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,
- Les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,

En outre, au titre de la garantie **DÉCÈS**, est également exclu :

- Le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L 132-7 du Code des assurances (120.000€ au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,

En outre, au titre de la garantie **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE**, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont également exclus :

- Les affections antérieures à la date d'effet de l'assurance (sauf celles relevant du droit à l'oubli) et non déclarées. Les affections déclarées sont garanties sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion de garantie mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,
- Les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- Les accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- Les accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.

Enfin, au titre des garanties **INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL, INVALIDITE PERMANENTE TOTALE et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE**, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- Le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est

assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,

- Les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,

- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un burn out ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 10 jours continus a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, si l'option "Rachat des exclusions des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis" n'a pas été retenue lors de l'adhésion.

- L'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radicaire (lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité, si l'option "Rachat des exclusions des maladies non objectives" n'a pas été retenue lors de l'adhésion.

OPTION RACHAT DES MALADIES NON OBJECTIVES : Pour les assurés ayant souscrit à l'OPTION 2 « Rachat des exclusions des Maladies Non Objectives » sur la demande d'adhésion, et par conséquent fait le choix de racheter ces deux dernières exclusions moyennant une cotisation majorée et l'accord de l'Assureur, celles-ci ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet de l'assurance, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'Assureur.

7. La vie de votre contrat

7.1 ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance du présent contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées au chapitre 6 « [Quelles sont les exclusions de garantie ?](#) ».

7.2 BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat, **le Prêteur est le bénéficiaire acceptant** dans la limite des sommes dues par l'assuré. Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) Prêteur(s), le bénéficiaire est :

- en cas de décès :
 - le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants-droit de l'assuré,
 - ou toute autre personne expressément désignée par l'assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion MULTI IMPACT. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).
- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
 - l'assuré lui-même.

En ce qui concerne la garantie Décès avec l'option "Bénéficiaires Croisés" c'est la clause bénéficiaire en cas de décès ci-dessus qui s'applique.

7.3 COTISATIONS

Les cotisations d'assurances sont dues à partir de la date d'effet des garanties. Cependant, l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Le montant de la cotisation est fixé en pourcentage du CAPITAL RESTANT DÛ et de l'âge atteint chaque année par l'Assuré ou en pourcentage du CAPITAL INITIAL et de l'âge de l'Assuré à la date de la demande d'admission de l'Assuré et en fonction :

- de l'activité professionnelle de l'assuré exercée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance,
- du statut de fumeur ou de non- fumeur de l'assuré à la date de signature de la demande d'admission.
- des garanties retenues par l'assuré sur la demande d'admission et acceptées par l'Assureur,
- des caractéristiques de la garantie ITT/ITP /IPT/IPP souscrite (rachat des exclusions),
- de la quotité assurée,

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation à la prochaine échéance des cotisations, si les pouvoirs publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations et ce, pour l'ensemble des assurés du présent contrat.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, une lettre recommandée invitant l'Assuré à s'acquitter du montant dû est envoyée. Cette lettre recommandée indiquera que, si 40 jours après son envoi, la cotisation ou fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et 10 jours plus tard le contrat sera résilié (article L.141-3 du Code des assurances).

MULTI-IMPACT adressera alors une copie de cette lettre à chaque organisme Prêteur concerné par cette adhésion.

En cas de dépôt d'une demande de surendettement, le délai de suspension des garanties après mise en demeure est porté à 120 jours à compter de la décision de recevabilité de la demande.

Sans préjudice de la règle de recouvrement édictée à l'article L141-3 du Code des assurances, en cas de contestation du mode de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation, telle que prévue par la réglementation bancaire européenne, vous disposez d'un délai de 2 jours ouvrés à compter de cette contestation pour le remplacer par un tout autre mode de paiement.

En cas de remboursement anticipé du prêt, l'Assuré est tenu d'en informer MULTI-IMPACT par Lettre recommandée avec attestation de la banque concernée qui aura enregistré ce remboursement anticipé. MULTI-IMPACT procédera au remboursement d'une portion de la cotisation sur la période non courue, calculée à compter de la date où MULTI-IMPACT aura reçu la Lettre recommandée.

Outre les cotisations d'assurance, l'assuré devra s'acquitter chaque année de la cotisation de 6 € (SIX EUROS) permettant son adhésion à l'association UGIPS.

[7.4 QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER A LA CONNAISSANCE DE MULTI IMPACT ?](#)

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées.

Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues à l'article « 4.3. Cessation des garanties et résiliation », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

[7.5 AMENAGEMENT DU PRET EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPE PARTIEL](#)

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Changement de quotité : Un changement de quotité en cours de prêt sera possible, sous réserve d'une nouvelle sélection médicale en cas d'augmentation. Ce changement ne pourra intervenir qu'à la date anniversaire de la date d'effet avec un préavis de deux mois.

En cas de demande de réduction de la quotité assurée, la modification ne pourra se faire qu'après réception de l'accord écrit du bénéficiaire.

[7.6 CUMUL DES GARANTIES](#)

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du présent contrat et/ou de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100 %.

Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

8. Que faire en cas de sinistre ?

En cas de sinistre, les documents cités ci-dessous doivent être adressés à l'adresse suivante :

Service Gestion MULTI-IMPACT

CS 110002

51687 REIMS CEDEX

Sous pli confidentiel exclusivement à l'attention du Médecin Conseil pour les pièces médicales.

Email (hors pièces médicales) : medical@multi-impact.com

Espace client (hors pièces médicales) : <https://espaceclient.multi-impact.com/>

[DELAIS DE DECLARATION](#)

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés plus de **180 jours** après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il ne sera pas fait application du délai de franchise.

[8.1 DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE DECES DE L'ASSURE](#)

- l'acte de décès de l'assuré,
- le certificat d'assurance,

- de la copie du bulletin d'adhésion,
 - l'échéancier certifié conforme à la date du décès par le(s) Prêteur(s),
 - un certificat obtenu par les ayants-droit auprès du médecin traitant de l'assuré, sans mention diagnostique, indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide) et précisant, si le défunt, à la date de souscription, suivait ou non un traitement médical, et/ou était soumis ou pas à une surveillance médicale, en relation directe ou non avec le décès. Ce certificat devra être transmis par les ayants-droit au Médecin Conseil sous pli confidentiel.
 - une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,
 - une attestation du Prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,
- et, pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) Prêteur(s) :
- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s)
 - la carte nationale d'identité du (des) bénéficiaire(s)
 - un acte de notoriété héréditaire,

8.2 DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE

D'AUTONOMIE

- l'échéancier certifié conforme par le(s) Prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- de la copie du certificat d'assurance,
- de la copie du bulletin d'adhésion,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'Assureur apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- et pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3ème catégorie établie par la sécurité sociale,
- une attestation du Prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

En ce qui concerne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

EN CAS DE COUVERTURE BENEFICIAIRES CROISES

La présente garantie concerne les personnes :

- âgées de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion,
- qui ont souscrit, lors de l'octroi d'un prêt, une « assurance emprunteur », dont le bénéficiaire est l'organisme Prêteur, pour un pourcentage inférieur à 100%,
- et qui souhaitent compléter cette première couverture en garantissant au bénéficiaire désigné à la demande d'admission à l'assurance (conformément aux dispositions du chapitre VIII de la présente notice) le paiement du capital restant dû, au jour du décès ou à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie, correspondant au pourcentage non couvert par le contrat « assurance emprunteur », dans la limite du montant maximum assuré fixé ci-dessous.

Le montant minimum à garantir est fixé à 20.000 €. Le montant maximum à garantir est fixé à 350.000 €.

8.3 EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est :
 - inférieur à 66 % pour la **FORMULE 2**,
 - et inférieur à 33 % pour la **FORMULE 3**,
 - à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
 - à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, au plus tard,
 - au jour du 67ème anniversaire de l'assuré,
- et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

DOCUMENTS A FOURNIR EN CAS D'ITT, ITP, IPT OU IPP

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « [Indemnisation](#) » du chapitre 5 « [Qu'est-ce qui est assuré ?](#) », le Service Gestion MULTI IMPACT constitue le dossier sinistre.

Quel que soit le régime social de l'assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la copie du certificat d'assurance,
- de la copie du bulletin d'adhésion,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les Prêteurs à la date du sinistre,
- d'une attestation du Prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- **pour les assujettis au régime général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée :
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
- **pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
 - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme, au cours de la période indemnisée :
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
 - les justificatifs de paiement de pension ou rente.
- pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non-Salariés de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :
 - les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

Toute modification de l'état de santé de l'assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, à défaut, l'état de santé est considéré comme consolidé au dernier jour d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

9. Informations générales

9.1 PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L.114-1 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 L.114-2 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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

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. »

Article L.114-3 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. »

9.2 INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par MULTI IMPACT, y compris les données de santé, sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Ces données sont destinées à l'Assureur et à MULTI IMPACT en tant que responsables des traitements à hauteur de leurs obligations légales et contractuelles.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel, y compris pour leurs données de santé. Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, l'Assureur et MULTI IMPACT mettent en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à leurs obligations légales respectives, l'Assureur et MULTI IMPACT mettent également en œuvre, à concurrence de leurs obligations légales et contractuelles ainsi que dans leur relation avec l'Assuré, un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières, à concurrence de leurs obligations contractuelles.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès de MULTI IMPACT à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données de MULTI IMPACT soit par courrier à l'adresse suivante :

Service Gestion MULTI-IMPACT
DPO
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

soit par mail à dpo@multi-impact.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07. En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

EN CAS DE RECLAMATION

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

Service Gestion MULTI-IMPACT
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, et dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation écrite, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site <http://www.mediation-assurance.org>

Par courrier : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09**

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

La Charte de la Médiation de l'Assurance et les conditions d'accès à cette médiation sont disponibles sur le site internet de la Médiation de l'Assurance sus-référencé ou sur simple demande adressée au service réclamations de Multi Impact :

Service Gestion MULTI-IMPACT
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

9.3 FACULTE DE RENONCIATION

L'assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent le premier versement, il adresse au :

Service Gestion MULTI-IMPACT
CS 110002
51687 REIMS CEDEX

une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant, accompagnée de l'accord du Prêteur :

« Je soussigné (M. Mme Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat AXA France VIE garantie Assurance des Emprunteurs n° 4082 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours. Le xx/xx/xxxx Signature »

L'Assureur remboursera à l'assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

MULTI-IMPACT adressera alors un courrier à chaque organisme Prêteur concerné par cette adhésion, afin de leur confirmer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

9.4 FOURNITURE D'OPERATIONS A DISTANCE

Constitue une fourniture à distance d'opérations d'assurance, telle que définie par l'article L 112-2 du code des assurances, la fourniture d'un contrat d'assurance à un « souscripteur personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

En cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance, le « souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », doit recevoir de l'Assureur ou de l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable, en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 iii du code des assurances.

9.5 DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.

Pour plus d'informations, consultez le site bloctel.gouv.fr

9.6 CONVENTION DE PREUVE

L'Assuré accepte la dématérialisation des relations, dès la signature du Contrat d'assurance au moyen d'une signature électronique dématérialisée et sous réserve de l'encaissement de la première prime d'assurance. Cette acceptation est valable pour toutes les opérations d'assurances ultérieures et en relation au Contrat d'assurance. L'Assureur le Souscripteur et l'Adhérent conviennent expressément que tout document signé de manière dématérialisée selon la procédure de signature dématérialisée mise en place par le Souscripteur constitue (i) l'original dudit document, (ii) une preuve littérale au sens de l'article 1316-1 du Code civil ayant la même valeur probante qu'un écrit manuscrit sur support papier et pourra valablement être opposé aux Parties et susceptible d'être produit en justice, à titre de preuve littérale, en cas de litiges.

En conséquence, l'Assureur reconnaît que tout document signé de manière dématérialisée vaut preuve du contenu dudit document, de l'identité du signataire et de son consentement aux obligations et conséquences de faits et de droit qui découlent du document signé de manière dématérialisée.

L'identification de l'Assuré est assurée sur la base des informations collectées et/ou vérifiées et les pièces justificatives remises au Souscripteur le jour de l'opération. L'Assuré reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.

L'Assuré reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

Sauf si le contrat est intégralement exécuté sous forme dématérialisée, conformément aux dispositions de l'article L111-10 du Code des assurances, l'Assuré peut, à tous moments et par tous moyens, s'opposer à la dématérialisation de la relation et demander qu'elle se poursuive sur support papier.

9.7 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

L'Assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux l'opération. L'Assuré reconnaît que les informations et pièces justificatives le concernant sont conformes à la réalité et non contestables.

L'Assuré reconnaît que l'utilisation d'un certificat électronique délivré par un tiers certificateur permet d'exprimer son consentement à la conclusion du document signé de manière dématérialisée et/ou de confirmer la validité de ce document.

9.8 SANCTIONS INTERNATIONALES

Vous êtes informé(e) et reconnaissez qu'AXA ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre de ce contrat dès lors que l'exécution dudit contrat exposerait AXA aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

9.9 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'Assureur est soumis au contrôle de :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

9.10 DROIT APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPETENTES

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français. L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.