

NOTICE D'INFORMATION DESTINÉE À L'ASSURÉ

Relative au contrat d'assurance collectif n°7350, souscrit par L'Association GPMA, auprès de GENERALI VIE (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 336 872 976 euros - RCS Paris n° 602 062 481 - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) et de GENERALI IARD (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 94 630 300 euros - RCS Paris n° 552 062 663 - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) - Sociétés appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026) nommés « L'Assureur » et présenté par ZENIOO (S.A.S au capital de 1 467 431 € - Immatriculée au RCS de Lyon sous le n° 884 782 582 - Inscrite à l'ORIAS sous le n° 200 058 79 dont le siège social se trouve 33, rue de la République, 69002 LYON).

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T.), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables au titre du contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- être résidentes de l'Union Européenne, la Suisse, Monaco, l'Amérique du Nord, le Japon, la République de Singapour, l'Inde, la Chine, l'Australie, les Emirats Arabes, le Qatar, le Bahreïn, la Russie, le Royaume Uni ou Hong Kong (pour les personnes résidentes du Japon, de la République de Singapour, d'Hong Kong, de l'Inde, de la Chine, de l'Australie, des Emirats Arabes, du Qatar, du Bahreïn, de la Russie ou du Royaume Uni seules les garanties Décès et P.T.I.A. pourront être mises en place),
- être bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou monégasques ou luxembourgeois ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,
- être âgées (*), à la date de signature de la demande d'adhésion, selon les garanties/options souscrites (cf. Titre « OPERATIONS DE PRETS COUVERTES ET GARANTIES PROPOSEES » ci-après), de :

	Âges possibles à l'adhésion (*)
Option 1	18 à 66 ans inclus
Option 2 et 3 Si Garantie complémentaire « Confort dos et psy »	18 à 66 ans inclus 18 à 66 ans inclus
Option 4 « senior »	67 à 80 ans inclus

(*) âge exact calculé par différence entre la date d'adhésion et la date de naissance

MODALITÉS D'ADHÉSION

- La personne à assurer devra :
- reconnaître adhérer à l'association contractante (GPMA) pour laquelle une cotisation sera à régler au moment de l'adhésion au contrat,
 - reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
 - compléter le questionnaire de santé et la demande d'adhésion qui comprend notamment la "Déclaration spéciale non fumeur", étant précisé que l'assuré est considéré comme non fumeur s'il déclare ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois précédant sa demande

d'adhésion et ne pas avoir été contraint de cesser de fumer à la demande du corps médical.,

- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé.
- exercer lors de son adhésion une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, du questionnaire de santé et, le cas échéant, des examens médicaux et pièces complémentaires demandés, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais. Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

Dans ce cas, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer.

La décision ne sera définitive pour les acceptations avec surprimes ou exclusions, qu'à réception par l'Assureur de l'accord de la personne à assurer sur ses conditions d'acceptation.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Selon le choix et la date indiqués par la personne à assurer sur sa demande d'adhésion, les garanties prennent effet :

- soit à la date de signature de l'offre de prêt,
- soit à la date de premier déblocage des fonds,

sous réserve :

- de la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du questionnaire de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et de l'encaissement de la cotisation.

CAS PARTICULIER DES PRETS DEJA EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve :

- que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI,
- que les caractéristiques de ce prêt répondent aux dispositions du présent contrat,
- que la personne à assurer remplisse l'ensemble des formalités d'adhésion (questionnaire(s) de santé, formalités médicales complémentaires le cas échéant ...).

Dans ce cas, les garanties prennent effet **à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion**, sous réserve :

- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et de l'encaissement de la cotisation.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT :

Une garantie provisoire en cas de **décès par accident (*)** est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros, quels que soit le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

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 au Titre « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DUREE DE L'ADHESION - RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite à la date d'échéance anniversaire du contrat par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- **Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances) :**

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser au Délégué de gestion sa demande de résiliation par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la

substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par le Délégué pour le compte de l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- **Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances).**

Pour ce faire, l'Assuré devra adresser au Délégué de gestion une lettre recommandée au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée ; le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'Assuré devra obligatoirement informer l'Assureur par écrit de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte (avec les justificatifs correspondants).

DEFINITION DES GARANTIES

Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les risques suivants sont susceptibles d'être garantis :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :** invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :** état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :** état médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice de l'activité procurant gain ou profit à l'Assuré, lui permettant une reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les

taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

- **L'Incapacité Permanente Partielle (I.P.P.)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES

OPERATIONS DE PRET COUVERTES :

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros (ou en franc-suisse, sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

1/ **Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de **360 mois** (y compris éventuel différé total ou partiel), d'un montant minimal de **17 000 euros** et maximal de **5 000 000 euros**, amortissables par remboursement mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloquages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

2/ **Les prêts IN FINE immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels**, d'une durée maximale de **240 mois** et d'un montant minimal de **17 000 euros** et maximal de **2 000 000 euros**.

3/ **Les prêts RELAIS**, d'une durée maximale de **36 mois** et d'un montant minimal de **17 000 euros** et maximal de **2 000 000 euros**.

GARANTIES PROPOSEES :

- Option 1 : Décès / P.T.I.A.
- Option 2 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.P.T. / I.T.P.
- Option 3 : Décès / P.T.I.A. / I.T.T. / I.P.T. / I.T.P. / I.P.P. .
- Option 4 « senior » : Décès seul

- Garantie « Confort dos et psy » (uniquement pour les Options 2 et 3 - cf. Titre Exclusions - paragraphe 2. de la présente notice d'information)

REMARQUES :

- **Montant maximal des capitaux assurables** : Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder **5 000 000 d'euros** et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.
- **Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance** : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :
 - . la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
 - . la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 360 mois,
 - . le prêt est amortissable.
- **Prêts libellés en devises** :

Lors de l'adhésion au contrat le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change. Il en sera de même pour les cotisations et les prestations.

Ce barème restera valable pendant toute la durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt).

L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

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 BENEFCIAIRES ci-après, 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.

COTISATIONS

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée 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 à l'adhésion de l'Assuré.

Les cotisations sont prélevées, pour le compte de l'Assureur, mensuellement d'avance sur le compte de l'Assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France).

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties, telle qu'elle est définie au paragraphe « PRISE D'EFFET DES GARANTIES ». Un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur ou son délégataire de gestion adresse à l'Assuré une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des Assurances.

L'Assureur en informera l'organisme prêteur.

COTISATION A L'ASSOCIATION GROUPE DE PREVOYANCE MALADIE ET ACCIDENTS : outre la cotisation d'assurance, l'Adhérent devra payer lors de son adhésion au contrat la cotisation destinée à l'association contractante.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion (sauf en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe, applicables au présent contrat).

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- L'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi

sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

1. DÉCÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

En cas de Décès ou de P.T.I.A. l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

Type de prêts	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRETS AMORTISSABLES	<p><u>Pendant la phase de différé (le cas échéant) :</u> le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p> <p><u>Pendant la phase d'amortissement :</u> le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRETS IN FINE PRETS RELAIS	Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.

CAS PARTICULIERS & REMARQUES LIES AUX GARANTIES DECES / P.T.I.A.

- 1/ **En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet :** l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).
- 2/ **En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné :** l'Assureur prend en charge le montant du capital emprunté dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :
 - à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal (ou clause bénéficiaire spécifique, le cas échéant - cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »),
 - et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).
- 3/ **L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.** est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.
- 4/ **En cas de Décès ou P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant total réglé par l'Assureur n'excèdera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excèdera en aucun cas le montant total du prêt.

BENEFICIAIRES

L'organisme prêteur est désigné comme bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues. En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées :

- en cas de P.T.I.A. : à l'Assuré lui-même,
- en cas de Décès : 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 désignation particulière indiquée sur la demande d'adhésion.

Toutefois, si le bénéficiaire des prestations ne devait pas être l'organisme prêteur, il appartiendra à l'Assuré de préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

2. GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE PERMANENTE

Il est rappelé que ces garanties sont facultatives et ne peuvent être souscrites :

Pour l'I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P. :

- qu'en complément de l'option 1 (Décès / P.T.I.A.),
- que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est en congés parental ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

2.1. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) et INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE DE TRAVAIL (I.T.P.)

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à compter du 91^{ème} jour, 61^{ème}, 31^{ème}, 121^{ème}, 181^{ème} jour continu d'incapacité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., **est limitée à 90 jours continus.**

Rechutes : Toute reprise de travail d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 30 jours, 60 jours, 90 jours, 120 jours ou 180 jours (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

2.2. INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré.

TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
TAUX I.P.	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.T.

L'Assureur règle, à compter du 91^{ème} jour, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.P.

L'Assureur règle à compter du 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème}, 121^{ème}, 181^{ème} jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat), une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

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

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRET AMORTISSABLE	<p>I.T.T.: les échéances dues</p> <p>I.P.P.: (N-33)/33 des échéances dues (N étant le taux d'incapacité reconnu)</p> <p>I.P.T.: Au choix de l'assuré au moment du sinistre soit :</p> <p>En cas de sortie en capital</p> <ul style="list-style-type: none"> Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû à la date de la reconnaissance de l'I.P.T., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date <p>En cas de sortie en rente : les échéances dues</p> <p>I.T.P. : 50% des échéances dues</p>
PRET IN FINE PRET RELAIS (avec différé partiel)	<p>I.T.T.: les échéances d'intérêt dues</p> <p>I.P.P.: (N-33)/33 des échéances d'intérêt dues (N étant le taux d'incapacité reconnu)</p> <p>I.T.P. : 50% des échéances d'intérêt dues</p> <p>I.P.T.: le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T.</p>

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES FACULTATIVES :

▪ **Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur**, notamment en matière de taux d'invalidité.

▪ Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.

▪ **Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard** appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'Assureur.

▪ **En cas d'I.T.T., I.P.T., I.T.P. ou I.P.P. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt :** le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.

▪ **Prêt avec différé :**

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.

▪ **Prêt IN FINE / prêt RELAIS :** le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'Assureur.

▪ **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.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P. 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'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P.

▪ **Remboursement des cotisations:** en cas d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de G.I.S. AERAS (sous réserve que ces garanties aient été accordées par l'Assureur), l'Assuré continuera à régler le montant total de ses cotisations à l'Assureur. En revanche, ces cotisations lui seront remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à l'échéance prise en charge par l'Assureur.

Ce remboursement sera effectif pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T., d'I.P.P. ou de G.I.S. AERAS et débutera au plus tôt à compter du 31^{ème}, 61^{ème}, 91^{ème}, 121^{ème} ou 181^{ème} jour continu d'incapacité ou d'invalidité (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat).

EXCLUSIONS

1. Pour toutes les garanties :

- Le suicide, pendant la première année suivant la date d'adhésion.
- Le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir. On entend par guerre, les hostilités entre États, qu'il y ait eu ou non déclaration de guerre.

Lorsque l'assuré se trouve à l'étranger au moment de troubles (guerre civile, terrorisme, tumultes, etc.), n'est garanti que le sinistre survenant dans les quatorze jours suivant le début des hostilités (ou la date à laquelle les autorités françaises

demanderaient à leurs ressortissants de quitter le pays).

- c. Les sinistres survenus lors des séjours effectués par l'assuré dans les zones dites « Formellement déconseillées » ou « Déconseillées sauf raison impérative » à la date du départ selon la nomenclature du Ministère des Affaires Étrangères, ou les zones équivalentes si la nomenclature était amenée à évoluer.
- d. Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.
- e. Les exhibitions, tentatives de record, paris.
- f. La pratique à titre amateur ou professionnel des sports et activités suivantes est exclue, sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, avec l'encadrement d'un personnel qualifié et selon les normes de sécurité réglementaires.

Cette exception ne s'applique toutefois pas aux sports et activités marqués d'un astérisque (*), qui restent exclus y compris dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation.

Sport de combat : Boxe américaine, anglaise et thaïlandaise / Pancrace moderne / Catch / Kick boxing / Sanda / Sanshou

Sport de glisse urbaine : Patinage sur roulettes, roller (y compris de vitesse) et skateboard, sur voies ouvertes à la circulation

Sports de montagne : Spéléologie et exploration de grottes, sans guide breveté / Escalade sur glace / Via ferrata / Alpinisme, varappe et escalade, sans guide breveté et/ou sans équipement de sécurité / Alpinisme, varappe, escalade, trekking et descente en rappel, à plus de 3500m d'altitude.

Sports de neige : Luge sportive / Skeleton / Ski de randonnée à plus de 3500m d'altitude / Ski alpin, surf et ski de fond, pratiqués en dehors du domaine skiable (par domaine skiable on entend : l'ensemble des pistes balisées et du hors-piste accessible depuis les remontées mécaniques) / Ski de vitesse / Ski alpin et surf extrêmes (par extrêmes on entend une pratique sur des pistes balisées ou non et présentant une inclinaison de plus de 40°)

Sports aquatiques / nautiques : Plongée dans des grottes sous-marines ou pour l'exploration d'épaves / Plongée avec scaphandre autonome sans brevet et/ou en solitaire / Plongée libre ou en apnée en solitaire / Aviron dans le cadre d'événements spéciaux : traversées transatlantiques, événements nationaux et internationaux / Natation dans le cadre d'événements spéciaux : traversées d'océan, défi d'endurance / Canoé kayak dans le cadre d'expéditions en mer / Canoé kayak avec compétition / Voile dans le cadre de courses autour du monde en solitaire ou de transocéaniques / Canyonisme sans guide/ Plongeon de falaise

Sports équestres : Voltige et rodéo

Sports à moteur : Tous les sports terrestres, maritimes ou aériens nécessitant l'usage d'un engin à moteur, à l'exception du jet ski, de la motoneige, du karting, du quad et du ski joering

Sports aériens sans moteur : Vol à voile / Planeur / Deltaplane / Parapente / Aérostation : montgolfière, ballon à gaz et dirigeable / Paravoile / Parachutisme et parachutisme ascensionnel / Chute libre

Sports extrêmes : Acrobaties et voltiges aériennes / Free fight / Full contact / MMA / Saut à l'élastique / Taumachie / Zorbing (sur herbe, neige ou hydrozorbing) / VTT de descente / Safari / Aile volante (*) / Base jump (*) / Skysurf (*) / Speed flying (*) / Speed riding (*) / Wingsuit (*)

Exhibitions, paris, participation à des défis et tentatives de records, ainsi que les essais préparatoires qui les précèdent.

1.2 Exclusions concernant toutes les garanties autres que le décès : En outre, sont exclus des garanties PTIA, ITT, IP et Exonération du paiement des cotisations les cas ci-après, leurs suites et conséquences

- a. La pratique à titre professionnel de tout sport : Il est précisé que les professeurs de sport de l'éducation nationale ainsi que les professeurs/coachs de sport, ne sont pas considérés comme des sportifs professionnels. Ils pourront par conséquent être couverts dans le cadre du ou des sports pratiqués, sous réserve de respecter les dispositions prévues au paragraphe b. ci-après
- b. La pratique à titre amateur des sports et activités qui ne figurent pas au paragraphe 1.f ci-avant pourra être couverte, sous réserve que ces sports et activités aient été déclarés à l'Assureur lors de la souscription ou en cours de contrat. Les conditions de couverture de ces sports seront alors mentionnées sur les conditions particulières ou par avenant au contrat.

Il est précisé que si un sport n'a pas été déclaré par l'Assuré lors de la souscription ou ultérieurement, l'Assureur pourra être amené à refuser le règlement des prestations en cas de sinistre dû à la pratique de ce sport.

- c. Les conséquences d'un acte intentionnel de l'Adhérent (dont : tentative de suicide, mutilation volontaire, participation à des rixes, émeutes et mouvements populaires).
- d. Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques ou médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites
- e. Tous actes de chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement et leurs conséquences.
- f. Les arrêts de travail nécessaires au suivi de cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maison de repos.
- g. Les arrêts de travail en cas de grossesse, pathologique ou non, pendant les six semaines précédant la date prévue de l'accouchement et les dix semaines lui succédant.
- h. Toute grossesse dont la date présumée de début de grossesse est antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

NB : La détention de tout titre, permis, licence, certificat ou autorisation administrative obtenu de manière irrégulière est considérée comme un défaut de détention.

2. « CONFORT DOS ET PSY » :

POUR LES PERSONNES A ASSURER QUI DEMANDENT LA GARANTIE COMPLEMENTAIRE « CONFORT DOS ET PSY » LORS DE LEUR ADHESION AU CONTRAT, LES EXCLUSIONS INDISSOCIABLES DE CET ENCADRE POURRONT, APRES ETUDE PAR L'ASSUREUR, ETRE SUPPRIMEES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLEMENTAIRE.

- Les conséquences des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie). Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 4 jours. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91^{ème}, 61^{ème}, 31^{ème}, 121^{ème}, 181^{ème} jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) jour d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation.
- Les conséquences des affections neuropsychiques (y compris les dépressions et les syndromes anxio-dépressifs, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, le burnout et les syndromes de fatigue chronique).

Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91ème, 61ème, 31ème, 121ème, 181ème jour (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) jour d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation.

FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS

Les garanties et/ou les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'Assuré,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'Assureur du capital en cas de Décès ou de P.T.I.A.,
- au jour du règlement par l'Assureur en cas de choix d'une prestation en capital par l'assuré de l'I.P.T.,
- au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès,
- au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties P.T.I.A., I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'incapacité au travail en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 90 jours par sinistre est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- en cas de non-paiement de la cotisation.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :
MULTI IMPACT
Service Gestion GENERALI / ZENIOO -
41/43 Avenue Hoche - CS110002 - 51687 Reims cedex.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France Métropolitaine, DROM/COM ou Monaco.

Il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur au règlement des prestations :

1/ EN CAS DE DECES

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem (sur l'imprimé établi par l'assureur), précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

Cas particulier : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DROM/COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

3/ EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE (I.T.T. ET I.T.P.) OU D'INVALIDITE PERMANENTE (I.P.T. ET I.P.P.)

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée.

Les I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P. d'une durée inférieure à la durée de franchise ne donneront lieu à aucun paiement. Sauf en cas de sortie en capital pour l'I.P.T. où il n'y a pas d'application de franchises.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical, sur imprimé établi par l'Assureur,
- les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale en cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat),
- tout justificatif de versement d'indemnités journalières par la sécurité sociale, organisme de prévoyance ou équivalent ou attestation employeur, ou copie arrêté
- En cas de sinistre dans les 5 premières années d'adhésion : un récapitulatif des arrêts de travail pour maladie ou accidents des 5 années antérieures à l'adhésion,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale en cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat),
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 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.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; 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 ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

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.

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.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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

ARBITRAGE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.T. ou d'I.P.P., afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux,

ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATIONS - MEDIATION

EXAMEN DES RECLAMATIONS

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à Multi-Impact qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications à l'adresse :

Multi-Impact - Service Réclamation - 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX (reclamations@multi-impact.com).

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Réclamations - TSA 70100 - 75309 PARIS Cedex 09 - servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

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

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

MEDIATION

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur de la FFA :

- Soit, en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ;
- Soit en déposant une demande en ligne à l'adresse : <http://www.mediation-assurance.org>

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

Vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

MULTI IMPACT en qualité de **déléguataire de gestion**, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrat d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations

- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis.
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat
	- Recouvrement
	- Exercice des recours et application des conventions entre assureurs
	- Gestion des réclamations et contentieux
	- Lutte contre la fraude
	- Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat
	- Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties
	- Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque
	- Etudes statistiques et actuarielles
	- Amélioration continue des offres et process.
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme
	- Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude
	Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considérée comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Dans le cadre des contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, certaines données sont transmises aux administrations fiscale et sociale pour l'accomplissement de leurs missions et servent notamment au recouvrement des cotisations sociales et de l'impôt ainsi qu'à l'ouverture et au calcul de droits en matière de prestations sociales. Leur utilisation s'effectue dans le respect des dispositions du règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali France par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements liés à certains types d'actes de gestion, d'envoi ponctuels d'e-mails ou de SMS, la supervision d'infrastructures ou la maintenance de certaines applications. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses Contractuelles Types, Règles d'entreprise contraignantes)

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generalif.fr

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- **d'un droit d'accès** : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- **d'un droit de rectification** : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- **d'un droit de suppression** : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- **du droit de définir des directives** relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- **d'un droit à la limitation du traitement** : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- **d'un droit à la portabilité des données** : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- **Droit de retrait** : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- **Droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au

paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy-TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : MULTI IMPACT - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS cedex
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generalif.fr

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

1/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE QUELLES QUE SOIENT LES MODALITES DE DIFFUSION DU CONTRAT (ARTICLE L 132-5-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

L'adhérent/l'assuré peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modèle de lettre type à adresser à MULTI IMPACT:

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat : / Montant du versement : / Date du versement : / Mode de paiement : .
Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7350, signée le _____ auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller), ayant fait l'objet du versement en référence et demande le

remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la notice d'information.

Fait à _____, le _____

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

2/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE EN CAS DE VENTE A DISTANCE DU CONTRAT (ARTICLE L 112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

Les présentes dispositions ne sont applicables que dans l'hypothèse où l'adhésion est conclue sans la présence simultanée des parties, qui utilisent alors exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

L'adhérent/l'assuré peut alors renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus, à compter :

- soit du jour où son adhésion est conclue,
- soit à compter du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 112-2-1, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée ci-avant.

Les adhésions pour lesquelles s'applique ce droit à renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant la fin des trente jours, sans un accord de l'adhérent/l'assuré.

Modèle de lettre type, à adresser à MULTI IMPACT - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS cedex :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion en vertu de l'article L112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7350, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature ». NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références