



Notice d'information

ADE SWL1056

Le présent document constitue la notice d'information du contrat SwissLife, régi par le contrat d'assurance de groupe n°L 1056 souscrit par l'Association générale interprofessionnelle de solidarité, ci-après dénommé AGIS, pour ses adhérents auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine agissant en son nom propre et pour le compte de SwissLife Prévoyance et Santé, ci-après dénommés l'assureur. Il décrit le fonctionnement des différentes garanties accordées. Le contrat n° L1056 est constitué par la présente notice, la demande d'adhésion, et le certificat d'adhésion. Il est exclusivement régi par le droit français et notamment par le code des assurances.

1. Qui peut adhérer au contrat ?

- Être une personne physique ou morale répondant aux conditions de résidence prévues au chapitre 2 « Qui peut être assuré et dans quelles conditions ? » ;
- Être membre de l'AGIS ;
- Contracter ou être caution d'un prêt immobilier ou professionnel, rédigé en français et libellé en euros, d'une durée d'au moins 12 mois ;
- Signer la demande d'adhésion.

Ne sont pas éligibles au présent contrat, les types de prêts suivants :

- Les prêts à la consommation ;
- Les restructurations de crédit ;
- Les prêts d'honneur ;
- Les crédits vendeurs ;
- Les prêts entre personne physique ;
- Les prêts à objets divers

2. Qui peut être assuré et dans quelles conditions ?

- Être une personne physique répondant aux conditions de résidence prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées au tableau ci-dessous.
- Être emprunteur principal, co-emprunteur, ou caution de l'opération de prêt souscrite par l'adhérent, et dont le montant minimum est de 17 000 euros et maximum de 1 millions d'euros pour un même assuré, pour l'ensemble des prêts garantis par l'assureur.
- Signer la demande d'adhésion et satisfaire aux formalités médicales et / ou financières.

LIEU DE L'ORGANISME PRETEUR	LIEU DE RESIDENCE	GARANTIES ELLIGIBLES					
		DC	PTIA	ITT	IPT	IPP	Franchise
Union européenne	France Métropolitaine, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion			✓			30, 60, 90 , 120 ou 180 jours
France	Allemagne, Belgique, Espagne, Portugal, Italie, Luxembourg,	✓	✓				

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Pour adhérer au contrat, chaque personne à assurer doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales. L'assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque.

L'assuré s'engage à signaler toute modification de son état de santé survenant avant la date de prise d'effet des garanties.

L'acceptation à l'assurance est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion précisant les conditions de garanties accordées par l'Assureur.

Il est à noter que si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion, ou s'il refuse les conditions proposées par l'assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires médicaux engagés restent alors à sa charge.

3. Fausse déclaration – Omission

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à l'assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

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

4. Définitions

Accident

Dommege corporel non intentionnel de la part de l'assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme des accidents au titre de ce contrat le suicide ou les tentatives de suicide, les efforts de soulèvement et les lésions organiques provoquées par un effort sans cause traumatique extérieure tel qu'un accident vasculaire ou un infarctus du myocarde par exemple.

Actes ordinaires de la vie courante

Se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer sur une surface plane.

AERAS

S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé

Certificat d'adhésion

Document adressé à l'adhérent, décrivant les engagements pris entre l'assureur et l'adhérent. Il personnalise la notice remise à l'adhérent.

Consolidation

Date à laquelle la stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré est acquise. L'état de santé de l'Assuré prend un caractère permanent et n'évoluera ni vers une aggravation ni vers une amélioration.

DROM

Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion

Franchise

Délai à compter de la date d'un sinistre (date de l'arrêt de travail) pendant lequel les prestations ne sont pas dues par l'assureur.

Non-fumeur

Personne pouvant déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes pendant les 24 derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion, même occasionnellement, ou qu'elle n'a pas cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Hospitalisation

Est considérée en hospitalisation une personne qui bénéficie de soins lors d'un séjour de minimum une nuit dans un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes ou traitements médicaux auprès de personnes

malades ou accidentées, car possédant les autorisations administratives locales ainsi que le personnel soignant qualifié nécessaires.

Ne sont pas considérés comme un établissement hospitalier les établissements de cures thermales, les maisons de repos ou de plein air, ou les maisons dites de santé médicale, procurant des séjours climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil.

Maladie

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Occupations habituelles

Gestion de la vie de la famille et de la maison, notamment les travaux domestiques, la préparation quotidienne des repas, les transports de courses ou d'enfants, la surveillance d'enfants.

Proposition d'accord

En cas d'adhésion avec signature du formulaire papier, proposition adressée par l'assureur à l'assuré notifiant ses conditions particulières d'acceptations, valable pendant 4 mois.

En cas d'adhésion avec signature électronique, proposition adressée par l'assureur à l'assuré notifiant ses conditions d'acceptations. La validation par l'Assuré des conditions d'assurance dans son espace sécurisé doit intervenir dans les 4 mois qui suivent la notification par l'assureur de ces conditions.

Raid sportif

Course de pleine nature, se déroulant dans une zone peu accessible, pendant plusieurs jours, seul ou en équipe, pouvant combiner plusieurs disciplines variées.

Rechute

Aggravation de la maladie initiale ou de l'apparition d'une nouvelle altération de l'état de santé de l'assuré résultant du sinistre initial.

Sinistre (jour du) :

- Pour la garantie Décès, la date du Décès ;
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, le premier jour de l'arrêt de travail si l'Assuré exerce une Activité professionnelle rémunérée. Pour l'Assuré n'exerçant pas d'Activité professionnelle rémunérée, le jour de la prescription médicale du repos complet ;
- Pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale ou Partielle et Invalidité Permanente Professionnelle, la date de consolidation de l'état d'Invalidité ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, définie par le médecin expert désigné par l'assureur.

5. Garanties proposées

En fonction de l'âge de l'assuré, de sa situation professionnelle, et du type de prêt souscrit, les garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT),
- Invalidité Permanente Totale de travail (IPT),
- Invalidité Permanente Partielle de travail (IPP)
-

En complément des garanties ITT, IPT et IPP, l'Assuré peut également, souscrire l'option Sérénité+ permettant la suppression des exclusions relatives aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires et aux affections psychiatriques et / ou psychiques.

Quotité assurée : Pour toutes les garanties, le paiement des prestations est dans la limite de la quotité assurée.

Les garanties obligatoires

La garantie Décès, présente dans toutes les formules

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 84 ans à la date d'effet des garanties. Il est couvert pour la durée du prêt qu'il a souscrit, et dans tous les cas au plus tard jusqu'à son 90^{ème} anniversaire.

En cas de décès de l'assuré survenu pendant la période de validité du contrat, l'assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué au tableau d'amortissement fourni par l'Organisme Prêteur à cette date, dans la limite du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la valeur de rachat intermédiaire au jour du décès. La valeur de rachat intermédiaire est le montant des loyers restant dus hors impayés, augmenté de la valeur résiduelle du bien.

**Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.
Le paiement du capital décès entraîne la fin de l'assurance.**

La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), présente dans toutes les formules

Cette garantie est indissociable de la garantie décès. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à la date d'effet des garanties.

L'assuré est considéré en PTIA par l'assureur s'il est définitivement incapable de se livrer à un travail ou activité, même de surveillance ou de direction, pouvant procurer salaire, gain ou profit, et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

A noter : L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

Vérifiez les exclusions liées aux garanties Décès / PTIA au chapitre 6.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard à 70 ans.

En cas de reconnaissance de la PTIA de l'assuré survenue pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge le capital restant dû, tel qu'il est indiqué au tableau d'amortissement fourni par l'Organisme Prêteur à la date du Sinistre, dans la limite du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Le montant du Capital Restant Dû est déterminé au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

Dans le cas des contrats de crédit-bail, l'assureur prend en charge la valeur de rachat intermédiaire au jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. La valeur de rachat intermédiaire est le montant des loyers restant dus hors impayés, augmenté de la valeur résiduelle du bien.

**Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.
Le paiement du capital PTIA entraîne la fin de l'assurance.**

Les garanties facultatives

L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée à la date d'effet des garanties. Les garanties facultatives ne peuvent être souscrites qu'au début de l'adhésion, et non en cours d'adhésion, sauf si l'assuré change de situation personnelle ou professionnelle et après accord de l'assureur.

La garantie Invalidité permanente et totale (IPT)

L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à la date d'effet des garanties.

L'assuré est considéré en IPT à la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente, selon le barème de taux d'invalidité ci-dessous, un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer sa profession pratiquée au jour du sinistre.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard à 67 ans.

A noter : L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

Vérifiez les exclusions liées à la garantie IPT au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.

En cas de reconnaissance de l'IPT pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge les échéances de prêt, selon le tableau d'amortissement fourni par l'Organisme Prêteur à la date du Sinistre, à hauteur du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Le montant de prise en charge est limité à 7500 euros par mois pour l'ensemble des prêts garantis par assuré. Cette dernière limite est portée à 3000 euros par mois si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de prescription médicale du repos complet.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'IPT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Dans le cas des prêts in fine avec différé partiel, des prêts amortissables avec différé partiel ou des prêts relais avec différé partiel, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

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

Le versement s'arrête à la première des dates suivantes :

- **le jour de son 67^{ème} anniversaire**
- **au terme du prêt ;**
- **à la date de départ à la retraite de l'assuré ;**
- **à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein ;**
- **à la date du décès de l'assuré.**

La garantie d'**exonération des cotisations** est incluse dans la garantie IPT : l'Assureur rembourse les cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'IPT.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'IPT.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte

La garantie Invalidité permanente et partielle (IPP)

Cette garantie est indissociable des garanties IPT et ITT. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à la date d'effet des garanties.

L'assuré est reconnu en IPP à la suite d'une maladie ou d'un accident, lorsqu'après consolidation de son état, il présente, selon le barème de taux d'invalidité ci-dessous, un taux d'invalidité compris entre 33 % et 65 % et qu'il se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer à temps plein sa profession pratiquée au jour du sinistre.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'invalidité fonctionnelle.

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard à 67 ans.

A noter : L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

Vérifiez les exclusions liées à la garantie IPP au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.

En cas de reconnaissance de l'IPP pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge les échéances de prêt à hauteur de $(T - 33\%) / 33\%$, T étant le taux d'invalidité de l'assuré compris entre 33 % et 65 %, selon le tableau d'amortissement fourni par l'Organisme Prêteur à la date du Sinistre, à hauteur du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Le montant de prise en charge est limité à 7500 euros par mois pour l'ensemble des prêts garantis par assuré. Cette dernière limite est portée à 3000 euros par mois si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de prescription médicale du repos complet.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'IPP selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Dans le cas des prêts in fine avec différé partiel, des prêts amortissables avec différé partiel ou des prêts relais avec différé partiel, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

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

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- le jour de son 67^{ème} anniversaire ;
- au terme du prêt ;
- à la date à laquelle l'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale, ou de Perte totale et irréversible d'autonomie et pris en charge à ce titre
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, à temps plein.
- à la date de départ à la retraite de l'assuré ;
- à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein;
- à la date du décès de l'assuré.

La garantie d'exonération des cotisations est incluse dans la garantie IPP : l'Assureur rembourse les cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'IPP.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'IPP.

Barème de taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par l'assureur en fonction du taux l'incapacité fonctionnelle et du taux l'incapacité professionnelle de l'assuré. Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par l'assureur, dès lors que ce dernier statue que l'état de l'assuré peut être considéré comme consolidé (stabilisé).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en reprenant les méthodes de calcul figurant à la revue du Concours Médical et appliquées en droit commun, en cas de pluripathologies ou de lésions multiples.

- L'incapacité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'assuré.
- L'incapacité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle de l'assuré exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle selon le barème suivant :

Taux d'Incapacité Professionnelle (%)	Taux d'Incapacité Fonctionnelle (%)								
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100
10-19					33,0	36,6	40,0	43,3	46,4
20-29				36,8	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30-39			36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40-49		33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50-59		35,6	43,1	50,0	56,5	62,6	68,4	74,0	79,4
60-69		37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3
70-79		39,8	48,2	55,9	63,2	70,0	76,5	82,8	88,8
80-89		41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8
90-99	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90,0	96,5
100	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0

La garantie Incapacité temporaire de travail (ITT)

Cette garantie est indissociable de la garantie IPT. L'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 64 ans à la date d'effet des garanties.

L'assuré peut choisir la durée de la franchise lors de l'adhésion : 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

L'assuré est considéré en ITT s'il est, suite à une maladie ou un accident, dans l'impossibilité temporaire, totale et continue, médicalement constatée, d'exercer son activité professionnelle, même à temps partiel ou même limitée à la surveillance ou à la direction et donc d'en tirer gain ou profit.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, il est considéré en ITT s'il est temporairement contraint, suite à un accident ou une maladie garantie, d'observer sur prescription médicale un repos complet, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Une franchise minimale de 90 jours est appliquée.

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré ne doit pas avoir la possibilité de faire valoir ses droits à une pension vieillesse.

En cas d'ITT survenue pendant la période de validité des garanties, l'assureur prend en charge, à compter de la fin de la Franchise, que l'assuré a choisie lors de son adhésion, les échéances de prêt selon le tableau d'amortissement fourni par l'Organisme Prêteur à la date du Sinistre, à hauteur du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Le montant de prise en charge est limité à 7500 euros par mois pour l'ensemble des prêts garantis par assuré. Cette dernière limite est portée à 3000 euros par mois si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de prescription médicale du repos complet.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'ITT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

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

Dans le cas des prêts in fine avec différé partiel, des prêts amortissables avec différé partiel ou des prêts relais avec différé partiel, la prise en charge est limitée aux seuls intérêts du prêt. Le remboursement du capital ne fait pas partie de la prestation.

En cas de reprise effective du travail en temps partiel thérapeutique après une prise en charge au titre de la garantie ITT du présent contrat, l'assureur prend en charge 50% des échéances garanties en ITT (avec application de la quotité), selon le dernier tableau d'amortissement fourni figurant au certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'arrêt de travail, pendant une durée de 180 jours maximum.

En cas de rechute dans les 2 mois de la reprise effective du travail ou des occupations habituelles, il ne sera pas fait application de la franchise.

A noter : L'assureur peut demander une expertise médicale, et n'est pas lié par la décision qui peut être prise par le régime de Sécurité Sociale ou organisme équivalent de l'assuré.

Vérifiez les exclusions liées à la garantie ITT au chapitre 6, notamment les exclusions liées aux affections discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires ou aux affections psychiatriques et / ou psychiques, et les exclusions liées aux sports à risque.

Le versement des prestations s'arrête à la première des dates suivantes :

- **le jour de son 67^{ème} anniversaire ;**
- **au terme du prêt ;**
- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique prescrit médicalement indemnisée au titre du présent contrat) ;**
- **à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein, qu'il exerce ou pas une activité professionnelle à la date de l'arrêt de travail ;**
- **à la date de départ à la retraite de l'assuré ;**
- **à la date de consolidation de l'IPT ou de l'IPP de l'assuré ;**
- **à la date du décès de l'assuré ;**
- **au 1 095^{ème} jour à compter soit de la date d'arrêt de travail si l'assuré exerce une activité professionnelle à la date du sinistre, soit de la date de prescription médicale du repos complet si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date du sinistre.**

La garantie d'exonération des cotisations est incluse dans la garantie ITT : l'assureur rembourse les cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'ITT.

Le montant de la prestation ne peut en aucun cas être supérieur à l'échéance réelle du prêt payée pendant la durée de l'ITT.

Dispositions applicables aux garanties ITT, IPT et IPP :

Pour les Assurés ayant la qualité de Caution, la prise en charge au titre de l'une des garanties facultatives par le présent contrat pourra intervenir uniquement si la caution a été actionnée en paiement par l'organisme

prêteur préalablement à la date de survenance de l'incapacité ou de l'invalidité, et se substitue aux emprunteurs pour le règlement des échéances du prêt concerné.

Option Sérénité +

Cette option ne peut être souscrites qu'au moment de l'adhésion.

En cas d'ITT, IPT ou IPP, cette option permet une prise en charge, **après application d'une Franchise minimale de 90 jours**, des sinistres résultant :

- d'affections rachidiennes, atteintes discales ou vertébrales, des lombalgies, sciatiques, hernies discales, dorsalgies, cervicalgies, sacro-coxalgies, cruralgie, névralgies cervico-brachiale, **sans condition d'hospitalisation** ;
- d'affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants, états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), surmenage, épuisement professionnel, burn-out, troubles bipolaires, **sans condition d'hospitalisation**.

Une franchise minimale de 90 jours continus sera appliquée pour les garanties ITT, IPT et IPP en cas de sinistre résultant d'une pathologie dont l'exclusion a été rachetée (même si la garantie correspondante a été souscrite initialement avec une franchise inférieure).

6. Exclusions de garantie : les limites de couverture du contrat

Pour toutes les garanties, ne sont pas couverts les faits suivants :

- **le suicide de l'assuré au cours de la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion. Toutefois, le suicide est garanti dès la première année, dans la limite de 120 000 euros, lorsque le prêt contracté sert à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré ;**
- **les tentatives de suicide de l'assuré ou mutilation volontaire, ou faits intentionnels de l'assuré ;**
- **l'usage de stupéfiants ou de drogues à doses non prescrites médicalement ;**
- **les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur et d'irradiation, provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, tant par fusion ou fission que par radiation ionisante ou autres.** Toutefois, ces effets sont pris en charge en cas d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation lorsque l'assuré est le patient ;
- **la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques, sauf s'ils sont utilisés dans le cadre de la profession déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;**
- **les guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, actes de terrorisme, délits ou rixes, sauf si l'assuré n'a pas de participation active à l'un de ces événements et si en cas de légitime défense, ou en cas d'assistance à personne en danger, ou dans le cadre de la profession si celle-ci a été déclarée à l'assureur et acceptée par lui ;**
- **les maladies ou accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties et non déclarées à l'assureur, sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans les questionnaires médicaux prévus au contrat.** Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si l'affection a été déclarée et acceptée par l'assureur ou bien entre dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention AERAS) ;
- **les sinistres dont le fait générateur intervient postérieurement à la date de signature du questionnaire de santé et antérieurement à la date de prise d'effet du contrat, sauf si cette modification d'état de santé a été déclarée et acceptée par l'Assureur.**
- **les sports aériens et / ou utilisation de tous engins aériens (autre que l'utilisation en tant que passager ou personnel navigant des lignes commerciales régulières et de vols charters).** Cette exclusion ne s'applique pas si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion et ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'assuré et mentionné au certificat d'adhésion ;
- **les sports mécaniques (auto et moto).** Cette exclusion ne s'applique pas si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion et ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'assuré et mentionné au certificat d'adhésion ;
- **la participation à des raids sportifs, exercices acrobatiques, tentatives de records, saut à l'élastique, essais préparatoires, paris, défis, sports extrêmes : notamment mais non exhaustivement sky surfing, zorbing, sky flying, streetluge, base jumping** Cette exclusion ne s'applique pas si ces pratiques ont été déclarées lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion et ont fait l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire acceptée par l'assuré et mentionné au certificat d'adhésion.

Pour les garanties ITT, IPT et IPP, ne sont pas couverts les faits suivants :

- **Les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques,**

psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants, états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), surmenage, épuisement professionnel, burn-out, troubles bipolaires.

Toutefois, ces affections sont couvertes si elles ont nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus;

Les Assurés ayant souscrit l'option Sérénité+ sont couverts pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

- **Les affections rachidiennes, atteintes discales ou vertébrales, des lombalgies, sciatiques, hernies discales, dorsalgies, cervicalgies, sacro-coxalgies, cruralgie, névralgies cervico-brachiale.**

Toutefois, ces affections sont couvertes si l'affection causale est une fracture ou un processus tumoral ou si elle a nécessité une hospitalisation d'au moins 9 jours continus;

Les Assurés ayant souscrit l'option Sérénité+ sont couverts pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

- **les fibromyalgies, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, et / ou le syndrome d'asthénie chronique ;**
- **les traitements esthétiques et / ou interventions chirurgicales esthétiques autres que la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;**
- **Les séjours en cures thermales ou marines, de rajeunissement ou d'amaigrissement, maisons de repos, maisons dites de santé, séjours diététiques, cures de désintoxication, de sommeil, de convalescence ou de rééducation ;**
La garantie reste acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à un accident ou une maladie couverts par le contrat
- **les accidents ou maladies pour lesquels l'assuré a refusé de se soumettre à un traitement prescrit médicalement rationnel et adéquat.** Toutefois sont pris en charge les sinistres correspondant à la mise en place de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement des personnes en fin de vie ;
- **l'alcoolisme aigu ou chronique médicalement constaté, ses suites et conséquences ;**
- **les accidents de la circulation résultant d'un état d'ivresse attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux maximal autorisé par la législation en vigueur à la date de l'accident, lorsque l'assuré est conducteur ;**
- **la pratique de sport à titre professionnel, que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements, sauf si une tarification particulière a été demandée ;**
- **la pratique des sports à titre amateur suivants:**
 - sports mécaniques (auto et moto) ;
 - sports aériens, y compris parachutisme, ULM, vol à voile, voltige aérienne, deltaplane, parapente ;
 - navigation maritime, motonautisme (y compris scooter des mers), voile à plus de 25 milles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur) ;
 - canyoning, rafting, spéléologie ;
 - sports de combat et arts martiaux ;
 - activités équestres en compétition et chasse à courre.
 - sports de neige (dont motoneige), de glace (dont bobsleigh et skeleton), de montagne, alpinisme, escalade (dont varappe sauf si pratiqué en salle sur murs artificiels). Toutefois les garanties sont acquises pour 1) le patinage sur patinoire ouverte au public, 2) le ski ou le surf sur piste alpine ouverte, 3) le ski de fond sur piste ouverte, 4) la randonnée en raquettes sur chemin balisé, 5) la randonnée à pieds au-dessous de 3 000 mètres sur chemin balisé ou ne nécessitant pas de corde piolet ou crampons.

Il est précisé que la pratique d'un des sports listés ci-dessus est couverte s'il est pratiqué dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadré par un professionnel habilité.

L'assuré a la possibilité de racheter certains sports à risque pratiqués à titre amateur. Il doit alors compléter lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion un questionnaire spécifique. Ces sports peuvent être assurés en partie ou en totalité et font l'objet d'une éventuelle proposition tarifaire par l'assureur, acceptée par l'assuré.

Pour la garantie ITT spécifiquement, ne sont pas couverts les faits suivants :

- **l'état de grossesse et ses suites, pendant le congé légal de maternité. La garantie est acquise en dehors de cette période mais seulement en cas de complications pathologiques ;**
- **le traitement de la stérilité et les grossesses précieuses.**

7. Validité territoriale

Les garanties proposées s'exercent **dans le monde entier.**

8. Bénéficiaires

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. Toutefois, en accord avec chaque organisme prêteur, l'adhérent peut modifier cette désignation lors de l'adhésion.

Le contrat ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100 % du capital restant dû ou des mensualités même en cas de sinistre touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

9. Comment se déroule la vie du contrat ?

Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue au plus tôt à la date d'émission du certificat d'adhésion lorsque l'adhésion est acceptée aux conditions standards ou à la date d'acceptation par l'assuré de la proposition d'accord en cas de conditions particulières.

Date de prise d'effet des garanties

C'est la date qui correspond à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve du paiement de la première cotisation :

- date de conclusion de l'adhésion ;
- date d'effet souhaitée, indiquée sur la demande d'adhésion.

La date de prise d'effet de vos garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Dans tous les cas, la prise d'effet des garanties dépend de la mise en œuvre réelle de l'engagement entre l'adhérent et l'organisme prêteur, cet engagement étant matérialisé par la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement.

En cas d'adhésion électronique, les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur valent signature par l'adhérent et l'assuré, leur sont opposables et peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

La date d'effet des garanties est indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt est consenti demeure.

Durée de l'adhésion

Elle est d'un an renouvelable annuellement par tacite reconduction à la date anniversaire de l'effet de l'adhésion, et pendant toute la durée du prêt, sous réserve des cas de cessation de l'adhésion visés ci-dessous.

Période de validité des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet des garanties.

Elles prennent fin dans tous les cas :

- à la date de fin de prêt ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur entraînant l'exigibilité du prêt avant terme;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'adhérent, dans les conditions définies au paragraphe 14. « Résiliation ».
- **À l'égard de chaque assuré, les garanties cessent :**
 - **pour la garantie décès au plus tard au jour du 90^{ème} anniversaire de l'assuré ;**
 - **pour la garantie PTIA au plus tard au jour du 70^{ème} anniversaire de l'assuré ;**
 - **pour les garanties ITT, IPT et IPP au plus tôt :**
 - **à la date de départ à la retraite de l'assuré**
 - **à la date à laquelle l'assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse à taux plein,**
 - **à son 67^{ème} anniversaire**

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties et au paiement des prestations.

Changement de situation de l'assuré

Les garanties sont valables pour la durée de l'adhésion

Toutefois, si en cours d'adhésion l'assuré souhaite garantir une pratique sportive exclue ou si les conditions de sa pratique sportive déclarée garantie évoluent, une acceptation préalable de l'assureur sera nécessaire.

L'adhérent doit aussi communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec l'assureur, dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

Changement relatif aux prêts garantis

L'adhérent doit déclarer toute modification du prêt ou de l'engagement de caution couverts, dès qu'il en a connaissance. À défaut, c'est le dernier tableau d'amortissement communiqué et enregistré au certificat d'adhésion qui fait foi.

S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou d'une augmentation du financement pour une durée supérieure à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation est subordonnée à l'acceptation préalable de l'assureur.

10. Comment mettre en œuvre les garanties, qui contacter ?

Multi-Impact Service prestation
41-43 avenue Hoche CS 110002 51687 REIMS cedex –
Tél. : 03.52.62.65.09 (coût d'un appel local) ou via l'Espace assuré <https://espaceclient.multi-impact.com>

Dans tous les cas, il faut fournir :

- le tableau d'amortissement ou l'échéancier du prêt en vigueur au jour du sinistre ;
- une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ;
- les décomptes d'indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale ou organisme équivalent,

En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :

- un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

En cas d'accident ou de maladie survenus hors de France, le bénéfice du paiement de la prestation ne débute qu'au jour de la constatation médicale qui devra être faite soit en France, soit dans le pays du lieu de l'accident ou de la maladie par un médecin mandaté par l'assureur en cas d'impossibilité de se déplacer pour raison médicale, le décompte de la franchise débute ce même jour.

En cas de décès, il faut fournir :

- l'acte de décès de l'assuré comportant l'indication de sa date de naissance ;
- si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire, ainsi qu'un acte de notoriété ;
- l'attestation de dissolution du pacs pour cause de décès, si le bénéficiaire est le partenaire d'un pacs ;
- le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.

En cas de PTIA, il faut fournir :

L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :

- la notification de mise en invalidité de 3e catégorie avec allocation d'une tierce personne pour les assujettis à la sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;
- le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ;
- les comptes rendus des examens médicaux effectués dans le cadre de la PTIA ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;

En cas d'ITT, IPT, IPP ou GIS, il faut fournir :

L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de trois (3) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties ITT, IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :

- un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ou de repos complet dans la circonscription, avec la nature et les circonstances de l'accident ou de la maladie justifiant le sinistre ;
- l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ;
- l'éventuel avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin ;
- les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré ;
- la notification de mise en invalidité pour les assujettis à la Sécurité Sociale ;
- en cas d'ITT, le questionnaire médical qui est fourni par l'assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ;
- les comptes rendus des examens médicaux et consultations effectués dans la cadre de l'ITT ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;
- le récapitulatif des prestations perçues de l'organisme social et de la mutuelle (remboursement de soins et indemnités journalières) des 3 dernières années

Dans le cas où la déclaration est faite plus de 6 mois après l'arrêt de travail, l'assureur se trouve alors dans l'impossibilité de contrôler l'état d'incapacité de l'assuré, et dans ce cas le sinistre est considéré être survenu le jour de la déclaration.

L'assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce non citée ci-dessus selon la situation du dossier. En l'absence de transmission des documents sollicités par l'assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

Expertise médicale

Selon les dispositions de la notice du contrat, il est rappelé que :

- l'assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise ou un contrôle médical pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- seul l'assureur est habilité à fixer le taux d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale de l'assuré ou organisme équivalent.
- l'assureur se réserve le droit de convoquer l'Assuré en France afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France ;
- l'assureur se réserve le droit de suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite médicale effectuée à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de constater son état.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre au contrôle médical, le versement des prestations sera suspendu.

Contre-expertise

En cas de contestation des conclusions de l'expertise diligentée par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise, à ses frais, par un médecin expert diplômé de la réparation juridique du dommage corporel de son choix.

Tierce expertise :

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin expert missionné par SwissLife sur l'état de PTIA, IPT, ITT, IPP et GIS, 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 SwissLife supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à prononciation de la décision arbitrale.

11.Cotisations

La cotisation d'assurance dépend :

- des caractéristiques du prêt ;
- de la quotité assurée ;
- de l'âge de l'assuré à la date d'effet de l'adhésion pour la première année, puis de l'âge atteint de l'assuré à chaque renouvellement de l'adhésion ;
- du montant du prêt garanti à la date d'effet de l'adhésion, et du montant du capital restant dû à la date anniversaire de l'effet de l'assurance pour les années suivantes ;
- des garanties et options souscrites ;

- des tarifs et majorations en vigueur lors de l'adhésion ;
- de la profession
- et du statut fumeur / non-fumeur de l'assuré ;

L'échéancier des cotisations est fixé et communiqué lors de l'adhésion.

➤ Irrévocabilité des tarifs : Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée de l'adhésion, sous réserve de conservation des garanties souscrites. Ils peuvent uniquement évoluer en cas de changement des taxes ou impôts applicables à l'adhésion.

Dans la limite de la législation en vigueur, chaque cotisation est payable par l'adhérent à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par l'assureur sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à l'assureur, dans un autre pays de la zone SEPA.

L'adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel.

Le non-paiement des cotisations entraîne la résiliation de l'adhésion (dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du Code des assurances). L'assureur avertira par écrit le prêteur.

12. Convention AERAS – Garantie Invalidité spécifique (pour les prêts immobiliers ou professionnels)

Conformément aux dispositions de la convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie IPT a été refusée pour des raisons médicales ou assorties d'une exclusion de la (des) pathologie(s) déclarée(s).

Il ne s'agit pas d'une option, un candidat à l'assurance ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande de couverture uniquement en décès/PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et / ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie Invalidité spécifique à la convention AERAS se déclenche si vous vous retrouvez définitivement en invalidité professionnelle totale et si votre taux d'incapacité fonctionnelle, au sens du barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires, est au moins égal à 70 %. Lorsqu'elle est accordée, cette garantie spécifique ne comporte aucune exclusion concernant la pathologie déclarée par l'assuré ; en revanche les exclusions contractuelles prévues en ITT au chapitre 6 s'appliquent. En cas de survenance d'une invalidité spécifique, les prestations sont celles qui auraient été versées en cas d'IPT, dans la limite de la quotité assurée et du même âge de fin de garantie qu'en IPT, et sous réserve :

- d'un classement en 2e ou 3e catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés;
- d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ;
- d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Vous pouvez retrouver toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr.

13. Renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion, sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle suivant, à l'adresse postale :

**Service Gestion SWISSLIFE - MULTI-IMPACT
41-43 Avenue Hoche
CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX**

Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (prénom et nom), né(e) le (date de naissance) demeurant à (adresse) désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance SwissLife n° (numéro de contrat) pour laquelle j'ai effectué un versement de (montant).

Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des assurances.

Date et signature

Article L. 132-5-1

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel. Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de deux mois. Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

La renonciation n'est pas applicable aux adhésions visant à garantir le remboursement d'un prêt professionnel.

L'assureur avertira par écrit le prêteur.

14. Résiliation

L'adhérent peut mettre fin au contrat :

- **pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel,**
 - durant les douze (12) mois à compter de la signature de l'offre de prêt par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période des douze mois mentionnés ci-avant accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution si celle-ci est postérieure à la résiliation.
La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par le gestionnaire 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.
 - passé ce délai de douze (12) mois, à chaque échéance annuelle correspondant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux (2) mois avant cette date accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur.
- **pour les prêts autres que les prêts susvisés** : au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux mois avant cette date accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur.

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

15. Litiges et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

15.1 Litiges et réclamations

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier, soit depuis votre Espace Assuré.

Votre deuxième contact : le Service Réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de notre Service Réclamations :

Service Réclamations SWISSLIFE - MULTI-IMPACT
41-43 Avenue Hoche
CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX

Ce service apportera une réponse sous quarante-huit (48) heures (en jours ouvrés). Si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous communiquer, sous quarante-huit (48) heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra pas excéder trente (30) jours.

15.2 Médiation

En dernier recours : la médiation de l'assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le

Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

15.3 Autorité de contrôle

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution — ACPR — est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance – 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

Prescription

La prescription se définit comme le mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. La prescription des actions dérivant d'un contrat d'assurance est régie par les articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances, ci-après reproduits dans leur version en vigueur à la date d'émission des présentes dispositions générales.

Délai de prescription

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil.

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

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.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

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.

Étendue de la prescription quant aux personnes

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.

16. Politique de protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding SwissLife France (dénommée groupe SwissLife France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe SwissLife France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurance du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime. Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et e-mail des offres commerciales de la part des trois sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à :

**MULTI-IMPACT – Délégué à la Protection des Données,
41-43 Avenue Hoche
CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX**

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de SwissLife : l'attention, la sérénité et la fiabilité.

Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet :

<https://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse e-mail que vous nous indiquez.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret SA au capital social de 150 000 000 € entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret SA au capital social de 169 036 086,38 € entreprise régie par le Code des assurances 341 785 632 RCS Nanterre www.swisslife.fr

Association générale interprofessionnelle de solidarité AGIS

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret.