

Assurance emprunteur AssuReponse Pro

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PREDICA S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 €, Entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 16-18 Boulevard de Vaugirard – 75015 Paris, 334 028 123 RCS Paris

Produit : Contrat n°1002 – Référence notice : AssuReponse Pro / 01 - 2023

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat d'assurance garantit les emprunteurs ayant souscrit un financement pour les besoins de leur activité commerciale ou professionnelle auprès du prêteur. Il a pour objet de verser au prêteur tout ou partie du capital restant dû ou des échéances du prêt en cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), et selon les garanties choisies par l'assuré, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPPro), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT), d'Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) de l'assuré.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Sous réserve de remplir les conditions d'éligibilité aux garanties.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :



Décès

Le décès de l'assuré est pris en charge s'il survient pendant la période de garantie. Par ailleurs, à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion et jusqu'à la date de prise d'effet des garanties (dans la limite d'une durée de 3 mois après la date de signature de la demande d'adhésion), l'assuré est couvert en cas de décès accidentel, sous réserve qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du prêteur (dans la limite de la quotité assurée et de 200 000 €).



Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Il s'agit d'un état d'invalidité particulièrement grave, empêchant définitivement l'assuré d'exercer toute activité professionnelle ou non, et l'obligeant à avoir recours de façon permanente à une tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer).

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en cas d'adhésion soumise à sélection médicale) :

L'Incapacité temporaire totale (ITT) : Il s'agit d'une période temporaire d'incapacité pendant laquelle l'assuré ne peut exercer ni son activité professionnelle, ni aucune autre activité s'il n'exerçait pas d'activité professionnelle au moment du sinistre.

L'Invalidité permanente totale (IPT) : Il s'agit d'un taux global d'invalidité de l'assuré supérieur à 66 % selon l'évaluation faite par l'assureur à partir de la combinaison des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'assuré.

L'Invalidité permanente partielle (IPPro) : Il s'agit d'un taux global d'invalidité de l'assuré supérieur à 33% et inférieur à 66 % selon l'évaluation faite par l'assureur à partir de la combinaison des taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'assuré.

Invalidité Permanente Professionnelle en capital (IPPro) : Il s'agit d'un état d'invalidité reconnu par le médecin conseil de l'assureur empêchant définitivement l'assuré d'exercer son activité professionnelle.

Dorso-Psy : Cette extension de garantie permet au titre des garanties ITT, IPT, IPP et IPPro une couverture sans conditions d'hospitalisation pour certaines pathologies psychiques et dorsales.

Capital décès complémentaire : En cas de souscription à cette garantie optionnelle, le décès de l'assuré entraîne le versement par l'assureur de 50% de la prestation versée au titre de la garantie décès dans la limite de 7 500 000 € au profit du bénéficiaire désigné par l'assuré.

En cas de décès, de PTIA ou d'IPPro : le prêteur perçoit, dans la limite de la quotité assurée et d'un plafond de 15 000 000 € tous prêts confondus assurés auprès de l'assureur pour les garanties décès, PTIA et IPPro :

- au titre des crédits amortissables : **le paiement du capital restant dû du prêt**, conformément au tableau d'amortissement du prêt.
- au titre des ouvertures de crédits et des crédits permanents renouvelables : **le paiement du plafond autorisé.**

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale : le prêteur perçoit pendant la période de garantie, dans la limite de la quotité assurée et de 10 000 € par mois, le paiement des échéances du prêt conformément au tableau d'amortissement.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle, le prêteur perçoit pendant la période de garantie, dans la limite de la quotité assurée, le paiement de 50% des prestations prévues au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 80 ans si l'encours assuré auprès de l'assureur est inférieur à 2 000 000 €.
- ✗ Les personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 75 ans si l'encours assuré auprès de l'assureur est supérieur à 2 000 000 €.
- ✗ Tout prêt dont le montant entraînerait le dépassement du plafond maximal de 15 000 000 € d'encours assuré auprès de l'assureur.
- ✗ Les garanties ITT, IPT, IPP et IPPro ne s'appliquent ni aux opérations d'ouvertures de crédit, ni durant la phase de différé total en capital et en intérêts pour les crédits en comportant, ni aux crédits non amortissables (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux crédits permanents renouvelables.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les accidents, blessures, maladies et mutilations lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'assuré.
- ! Les risques aériens suivants : compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records.
- ! Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.
- ! Le suicide de l'assuré dans la première année d'assurance.
- ! Les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'assuré y prend une part active.
- ! Les suites et conséquences de troubles du psychisme ou de maladies psychiatriques qui n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation de plus de 9 jours.
- ! Les suites et conséquences des syndromes de fatigues chroniques, fibromyalgie, syndrome polyalgique idiopathique diffus qui n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation de plus de 9 jours.
- ! Les suites et conséquences d'une atteinte et ou affection vertébrale, para-vertébrale, discale ou radiculaire qui n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation de plus de 9 jours.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! L'incapacité temporaire totale de l'assuré n'est prise en charge qu'à l'issue du délai de franchise choisi par l'assuré (15, 30, 60, 90 ou 180 jours continus).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Dans le monde entier pour toutes les garanties.
- ✓ En cas de survenance d'un sinistre, la visite médicale éventuellement demandée par l'assureur doit être réalisée sur le sol français.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion et en cours de contrat :

- Vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse entraîne la nullité du contrat. Toute omission, déclaration inexacte ou involontaire entraîne la réduction proportionnelle d'indemnités.
- Par ailleurs, vous devez régler mensuellement les primes d'assurances. Le non-paiement de vos primes peut entraîner votre exclusion de l'assurance, dans les conditions prévues par le Code des assurances.

En cas de sinistre, vous devez :

- Déclarer le sinistre :
 - dans les jours qui suivent le décès ;
 - dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité, et au plus tard dans un délai de deux ans en cas de PTIA ;
 - dans les 90 jours qui suivent la fin du délai de franchise en cas d'ITT ;
 - dans les 6 mois qui suivent la consolidation de votre état de santé en cas d'IPT, d'IPP ou d'IPpro.
- Fournir les pièces justificatives énoncées dans la notice d'information et toute pièce demandée par l'assureur.
- Vous rendre à la visite médicale demandée, le cas échéant, par l'assureur.

Si vous faites intentionnellement de fausses déclarations ou si vous produisez des documents falsifiés, la garantie ne vous est pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes d'assurance, appelées par le prêteur pour le compte de l'assureur, sont payables d'avance et mensuellement pendant toute la durée de l'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prévues au contrat d'assurance prennent effet à la date mentionnée dans votre contrat de prêt ou à la date d'acceptation de l'assureur si celle-ci intervient postérieurement.

Elles cessent dans les cas suivants :

- mise en jeu de la garantie Décès, PTIA, ou IPpro ;
- survenance de l'échéance finale du financement ;
- cessation anticipée du financement (notamment en cas de remboursement total anticipé du financement) ;
- en cas de départ de l'assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution ;
- en cas d'exercice du droit à renonciation ;
- à l'issue de la 10^e année d'assurance pour les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables ;
- À la survenance d'un âge limite fixé pour chaque garantie :
 - Décès : 80^e anniversaire de l'assuré ;
 - Perte totale et irréversible d'autonomie : 70^e anniversaire de l'assuré ;
 - Invalidité Permanente Totale et Partielle, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Professionnelle en capital, Capital décès complémentaire : 67^e anniversaire de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous ne disposez pas de droit de résiliation sur ce contrat d'assurance.

Droit de renonciation : vous pouvez exercer votre droit de renonciation au moment de votre adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires à compter du moment où vous êtes informé(e) que l'adhésion est conclue. Attention : si votre prêteur a exigé qu'une assurance emprunteur garantisse le crédit, il vous faudra alors lui proposer un autre contrat d'assurance répondant à cette exigence.

EN VIGUEUR AU 1^{ER} JANVIER 2023

CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR

AssuReponse Pro

 CONTRAT COLLECTIF N° : 1002
 ASSUREPONSE PRO / 01 – 2023

Ce contrat, ci-après dénommé « le Contrat », est un contrat d'assurance emprunteur de groupe à adhésion facultative souscrit par le Prêteur auprès de l'Assureur PREDICA, au profit des Emprunteurs ayant contracté un Financement auprès du Prêteur.

Il relève des branches 1, 2 et 20 du Code des assurances et est régi par les lois et règlements français, notamment le Code des assurances.

SOMMAIRE

LEXIQUE ET DÉFINITIONS	1	5. LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET EXTENSION DE COUVERTURE ACCESSIBLES SOUS CONDITIONS	3	QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	6
CONVENTION AERAS	1	6. RÉGLEMENT ET MONTANT DES PRESTATIONS	5	13. LES FORMALITÉS À REMPLIR	6
LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	2	7. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE VOTRE CONTRAT ?	5	14. LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS	7
OBJET DU CONTRAT	2	8. LA TERRITORIALITÉ	5	15. CONTRÔLE ET EXPERTISE	7
VOS CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION	2	LA VIE DU CONTRAT	6	INFORMATIONS LÉGALES	8
1. QUI PEUT ADHÉRER ?	2	9. MODIFICATION DU CONTRAT EN COURS DE VIE DU FINANCEMENT	6	16. QUE FAIRE EN CAS DE DÉSACCORD SUR L'APPLICATION DU CONTRAT ?	8
2. COMMENT ADHÉRER ?	2	10. LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT ...	6	17. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE	8
LES GARANTIES DU CONTRAT	2	11. CESSATION DES GARANTIES ET RÉSILIATION DU CONTRAT	6	18. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	8
3. LES QUOTITÉS ASSURÉES (TAUX DE COUVERTURE)	2	12. CALCUL ET PAIEMENT DES PRIMES	6	19. PRESCRIPTION	9
4. LES GARANTIES SOCLES : DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)	3			20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE L'ASSUREUR ...	9
				21. SANCTIONS INTERNATIONALES	9

LEXIQUE ET DÉFINITIONS

Pour l'exécution et l'interprétation du Contrat, les définitions suivantes sont retenues :

Accident : désigne tout évènement non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré et provoquant une atteinte corporelle. Les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes ne sont pas des accidents au sens du Contrat.

Assuré/Vous : désigne tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du Contrat a pris effet.

Assureur : PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances.

Candidat à l'assurance/Vous : désigne :

- l'Emprunteur, le Co-emprunteur ou la Caution personne physique,
- le dirigeant de droit ou de fait, l'associé ou la personne physique désignée indispensable à la bonne marche de la personne morale Emprunteuse, Co-emprunteuse ou Caution, ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au Contrat, pour laquelle l'acceptation de l'Assureur est en attente. Lorsque l'adhésion d'assurance a pris effet, cette personne est alors dénommée l'Assuré.

Cancer : Un cancer est une maladie caractérisée par la prolifération incontrôlée des cellules liée à un échappement du mécanisme de régulation.

Caution : désigne toute personne physique ou morale s'engageant à se porter garant du remboursement de tout ou partie du Financement en cas de défaillance de l'Emprunteur et/ou du Co-emprunteur dans le cadre des prêts figurant dans votre demande d'adhésion ou le cas échéant dans votre dernier avenant au Contrat signé.

Consolidation : désigne l'état de santé ou les lésions, caractérisant un certain degré d'incapacité de l'Assuré, qui se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement ne permet pas d'y remédier mais seulement d'éviter une aggravation. Cet état doit être reconnu par l'Assureur.

Contrat : désigne le présent contrat d'assurance emprunteur de groupe souscrit par le Prêteur auprès de l'Assureur.

Convention AERAS : dispositif en faveur des Candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé en vue de faciliter leur accès à l'assurance emprunteur. Un pavé d'information sur cette convention figure ci-dessous.

Délai de franchise : période d'interruption continue d'activité figurant dans la demande d'adhésion, et le cas échéant dans le dernier avenant au Contrat signé, au titre de laquelle aucune prestation n'est due.

Emprunteur/Co-emprunteur : toute personne physique ou morale ayant contracté un Financement auprès du Prêteur.

Financement : désigne le ou les prêts destinés à financer une activité commerciale ou professionnelle, consenti(s) par le Prêteur à l'Assuré et figurant sur la demande d'adhésion et, le cas échéant, sur le dernier avenant au Contrat signé.

Infarctus du myocarde ou syndrome coronarien aigu : Il s'agit de lésion(s) vasculaire(s) coronaire(s) avec nécrose du muscle cardiaque, permanente et irréversible.

Mentions légales de l'Assureur : PREDICA, S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 16-18 Boulevard de Vaugirard - 75015 Paris, 334 028 123 RCS Paris.

Prêteur : désigne la Caisse Régionale du Crédit Agricole Mutuel ou sa filiale qui a consenti le Financement.

CONVENTION AERAS : S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

Lorsqu'elles sont applicables, l'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS, et notamment :

- à transmettre votre demande d'adhésion à un 2^e niveau d'examen, et le cas échéant, à un 3^e niveau si les conditions d'accès à ce dernier niveau d'examen sont remplies ;
- à étudier votre éligibilité aux garanties ITT, IPT, IPP et à la garantie Invalidité Spécifique AERAS ;
- à mettre en œuvre le dispositif d'écritement des surprimes si vous justifiez des conditions d'éligibilité.

Par ailleurs, en cas d'adhésion soumise à sélection médicale, Vous pouvez bénéficier, dans les conditions prévues par la Convention AERAS, du dispositif du **Droit à l'oubli** en vigueur à la date de conclusion de votre adhésion et expliqué dans le Document d'information AERAS remis simultanément au questionnaire de santé.

La Convention AERAS met également en place une **Grille de référence** définissant les conditions dans lesquelles, pour certaines pathologies, Vous pouvez accéder à des conditions d'assurance standard ou s'y approchant. Dans le cadre de cette grille de référence, vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé lors de votre adhésion.

Les dispositions de la présente Notice s'entendent sans préjudice de celles de la Convention AERAS.



LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

DORSO-PSY : Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation
IA : Invalidité AERAS

IPP : Invalidité Permanente Partielle
IPpro : Invalidité Permanente Professionnelle en capital
IPT : Invalidité Permanente Totale

ITT : Incapacité Temporaire Totale
PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

OBJET DU CONTRAT

Ce Contrat a pour objet de Vous couvrir en cas de survenance des risques de **Décès** et de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** (PTIA).

En outre, en cas d'adhésion soumise à sélection médicale et selon le choix de l'Assuré, le Contrat Vous permet de Vous couvrir en cas de survenance du risque d'**Incapacité Temporaire Totale** (ITT) et d'**Invalidité Permanente Totale** (IPT).

Il Vous permet également, en cas d'adhésion soumise à sélection médicale et en fonction des caractéristiques de votre Financement, de votre âge et de votre situation professionnelle, de Vous couvrir en cas de survenance du risque d'**Invalidité Permanente Professionnelle en Capital** (IPpro) et d'**Invalidité Permanente Partielle** (IPP) et de renforcer les couvertures ITT, IPT, IPP et IPpro en cas

d'**affections dorsales et psychiatriques** (DORSO-PSY). **Sous réserve d'acceptation du risque par l'Assureur, ces garanties Vous sont acquises si elles figurent dans votre demande d'adhésion signée, ou le cas échéant, dans votre proposition d'assurance signée ou votre dernier avenant au Contrat signé.**

VOS CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

1. QUI PEUT ADHÉRER ?

Vous pouvez adhérer au Contrat, lorsque Vous contractez, auprès du Prêteur, un ou plusieurs prêts destinés à financer une activité commerciale ou professionnelle, en votre qualité :

- D'unique Emprunteur ;
- De conjoint, partenaire de PACS ou concubin, Co-emprunteur ou Caution ;
- De dirigeant de droit ou de fait, d'associé ou de personne physique désignée indispensable à la bonne marche de la personne morale Emprunteuse, Co-emprunteuse ou Caution ;
- De personne physique ou morale Caution ;
- D'administrateur légal d'un mineur ou d'un incapable majeur, Emprunteur ou Co-emprunteur.

Et si Vous êtes âgé, lors de la signature de votre demande d'adhésion, et, le cas échéant, de votre avenant au Contrat, **d'au moins 18 ans** et de :

- moins de 80 ans pour la garantie Décès (*) ;
- moins de 70 ans pour la garantie PTIA ;
- moins de 64 ans pour les garanties ITT, IPT, IPpro, IPP, l'extension de couverture DORSO-PSY, et la garantie Capital Décès Complémentaire.

(*) En cas de Financement faisant dépasser l'encours global assuré auprès de l'Assureur, tous contrats d'assurance emprunteur confondus, de 2 000 000 €, la limite d'âge d'adhésion à la garantie Décès est abaissée à 75 ans.

2. COMMENT ADHÉRER ?

2.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au Contrat est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Pour adhérer au Contrat, Vous devez renseigner intégralement et signer une demande d'adhésion au Contrat.

L'adhésion au contrat d'assurance peut être réalisée en agence ou sur internet, sous réserve des modalités d'adhésion proposées par le Prêteur. En cas d'adhésion en ligne sur internet, vous donnez votre consentement à la communication des informations précontractuelles et contractuelles sous un format dématérialisé. Vous avez cependant la possibilité de modifier à tout moment votre décision et de revenir à une communication sur un format papier.

Compte tenu des caractéristiques de votre Financement, de votre âge, de votre situation professionnelle, des garanties et extension de couverture demandées, votre adhésion au Contrat peut également être subordonnée à une sélection médicale.

Il Vous est alors demandé de renseigner et de signer un questionnaire de santé. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique, dont les frais inhérents sont pris en charge en

tout ou partie par l'Assureur. Vous pouvez en outre être invité à produire à vos frais toute copie de documents se rapportant à votre état de santé lorsque ces documents sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'adhésion.

Vous avez toujours la possibilité de remplir seul votre questionnaire de santé. À cet effet, le Prêteur met à votre disposition, si Vous le souhaitez, une enveloppe qui permet l'envoi du questionnaire de santé au médecin conseil de l'Assureur sous pli Confidentiel - Secret médical.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 6 mois à compter de sa signature. Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, Vous devrez remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Si postérieurement à la réalisation de votre questionnaire de santé, une évolution de votre état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion telle que cette dernière est définie à l'article 10.1 de la présente notice, Vous êtes tenu d'en informer l'Assureur.

Conformément au Code des assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). En cas de réduction proportionnelle de l'indemnité pour fausse déclaration non intentionnelle, constatée après le sinistre, l'Assuré doit rembourser à l'Assureur les sommes qui ont été indûment réglées au titre de son indemnisation, proportionnellement aux primes qu'il aurait dû payer à l'Assureur.

À l'adhésion comme en cours de Contrat, l'Assuré doit informer l'Assureur du nom des autres assureurs couvrant le même risque. Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat d'assurance.

2.2. CONVENTION SUR LA PREUVE

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet (sous réserve que ces modalités soient proposées par le Prêteur), les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur, ou par le Prêteur pour le compte de l'Assureur, vaudront signature par l'Assuré, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion au Contrat qu'aux conditions générales telles que prévues dans la présente Notice, dûment acceptées par lui.

2.3. DÉCISION DE L'ASSUREUR ET NOTIFICATION

Au terme de l'examen de votre dossier, l'Assureur peut :

- **ACCEPTER** votre demande d'adhésion :
 - au taux de cotisation de base du Contrat ou à un taux majoré ;
 - avec ou sans réserves : l'acceptation peut prévoir l'exclusion de certaines garanties et/ou extension de couverture et/ou certaines pathologies pour des garanties et/ou extension de couverture précises.

En cas de réserve partielle ou totale portant sur les garanties ITT et IPT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 5.5 « Invalidité AERAS (IA) ».

- **REFUSER** votre demande. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la Convention AERAS, une étude du dossier dans un contrat de 2^e niveau. Pour les prêts professionnels, si à l'issue de cette étude, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier est examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^e niveau.

En cas d'acceptation avec réserves ou à un taux majoré, l'Assureur communique à l'Assuré une proposition d'assurance précisant le taux de cotisation ainsi que les risques couverts. Cette proposition d'assurance doit être datée et signée par l'Assuré, qui retourne ensuite un exemplaire à l'Assureur. Dans tous les cas d'acceptation, l'Assuré reçoit de l'Assureur un certificat récapitulatif d'assurance.

En cas de refus, l'Assuré est informé par écrit de la décision.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à quatre mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la proposition d'assurance, ou à défaut à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Dans tous les cas si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet du Contrat n'est pas intervenue ou si le contrat de prêt devient caduc, la demande d'adhésion doit être renouvelée.

LES GARANTIES DU CONTRAT

Au titre de chaque prêt(s) figurant dans votre demande d'adhésion ou le cas échéant dans votre dernier avenant au Contrat signé, les garanties complémentaires et, le cas échéant, l'extension de couverture dont Vous bénéficiez sont celles précisées par prêt dans votre certificat d'assurance ou, le cas échéant, votre dernier avenant au Contrat signé.

3. LES QUOTITÉS ASSURÉES (TAUX DE COUVERTURE)

Les prestations d'assurance sont acquises à l'Assuré selon la quotité assurée (également appelée taux de couverture) indiquée sur sa demande d'adhésion ou le cas échéant sur son dernier avenant au Contrat, sans que le taux de couverture

puisse, pour chaque Assuré, être supérieur à 100 % du montant du prêt.

Au titre de chaque prêt, la quotité assurée peut être modulée par garantie de la manière suivante :

- une quotité choisie pour les garanties Décès, PTIA et Capital Décès Complémentaire ;

- une quotité choisie pour les garanties ITT, IPT, IPpro, IPP et pour l'extension de couverture DORSO-PSY. Cette quotité ne peut être inférieure à la moitié de la quotité Décès.

En cas de sinistre, les prestations liées aux garanties et à l'extension de couverture sont déterminées au prorata de la quotité assurée.

4. LES GARANTIES SOCLES : DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

4.1. GARANTIE DÉCÈS

Le décès de l'Assuré est pris en charge s'il survient pendant la période d'effet des garanties, avant la fin du mois de son 80^e anniversaire et sous réserve des exclusions visées à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre Contrat ? ».

4.2. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Vous êtes en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pendant la période d'effet des garanties lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'invalidité dont Vous êtes atteint Vous place dans l'impossibilité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
- elle Vous met définitivement et de façon permanente dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
- la date de la PTIA, telle que reconnue par l'Assureur, intervient avant la fin du mois de votre 70^e anniversaire.

4.3. PRESTATIONS DÉCÈS OU PTIA

Au titre du ou des prêts assurés par le Contrat, hors ouvertures de crédits et crédits permanents renouvelables, l'Assureur verse, dans la limite de la quotité assurée et du plafond maximal fixé à l'article 6.2 « Prestations maximales garanties » de la présente notice, le capital restant dû au titre du prêt tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date de survenance du décès ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, y compris les intérêts normaux courus de l'échéance précédant le sinistre jusqu'à la date de celui-ci, mais à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date.

Au titre des ouvertures de crédits et des crédits permanents renouvelables, l'Assureur verse, dans la limite de la quotité assurée, le montant du plafond autorisé.

Cas particuliers

- si le décès de l'Assuré survient avant le point de départ de l'amortissement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt ;
- en cas de prêt partiellement débloqué, le montant versé par l'Assureur inclut le capital restant dû au jour du décès de l'Assuré correspondant aux fonds débloqués antérieurement et les sommes restant à débloquent telles que définies au contrat de prêt.

5. LES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET EXTENSION DE COUVERTURE ACCESSIBLES SOUS CONDITIONS

L'adhésion aux garanties complémentaires et à l'extension de couverture est accessible à l'Assuré uniquement en cas d'adhésion soumise à sélection médicale et en complément des garanties socles Décès et PTIA.

Par ailleurs, l'adhésion aux garanties IPP et IPpro et l'extension de couverture DORSO-PSY est accessible à l'Assuré en fonction de son Financement, de son âge et de sa situation professionnelle et, au titre de la garantie IPP et de l'extension de couverture DORSO-PSY uniquement si ce dernier a souscrit la garantie ITT.

Au titre des garanties complémentaires et de l'extension de couverture, l'appréciation par l'Assureur des notions d'ITT, d'IPT, d'IPpro, d'IPP et de l'extension de couverture DORSO-PSY n'est pas liée à la décision des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.1. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

5.1.A. DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Vous êtes en état d'ITT lorsque, pendant la période d'effet des garanties, les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- **Si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre** : Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident ou d'une maladie, dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle (définie comme l'activité professionnelle que Vous exercez au jour du sinistre), même à temps partiel ;
- **Si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous êtes demandeur d'emploi à la veille du sinistre** : Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident ou d'une maladie dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer une activité quelconque, professionnelle ou non, même à temps partiel ;
- Dans tous les cas, cette incapacité est continue et persiste au-delà de la durée du Délai de franchise mentionné sur la demande d'adhésion, ou le cas échéant sur le dernier avenant au Contrat signé, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
- Dans tous les cas, cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 13.3 « En cas d'Incapacité Temporaire Totale ».

La garantie ITT ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux ouvertures de crédit et ni aux crédits permanents renouvelables.

5.1.B. FRANCHISE ITT

Le Délai de franchise applicable figure sur votre demande d'adhésion ou le cas échéant, sur votre dernier avenant au Contrat signé. Il correspond à la période d'interruption continue d'activité, au titre de laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Non-application du Délai de franchise en cas d'ITT successives

Le Délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 13.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 90 jours.

5.1.C. PRESTATIONS ITT

L'Assureur règle au Prêteur, dans la limite des sommes dues, de la quotité assurée et du plafond mensuel fixé à l'article 6.2 « Prestations maximales garanties » de la présente notice, les échéances du prêt arrêtées à la veille du sinistre, au prorata du nombre de jours d'incapacité :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement ;
- en intérêts seulement pour les prêts en phase de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période ;
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en capital en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'étant jamais prise en charge par l'Assureur.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie ITT : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers

- Par dérogation à l'alinéa précédent, seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances **résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre**. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être

supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt ;

- En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance. Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs précisés à l'article 13.3 et au résultat de contrôles administratifs et/ou médicaux demandés par l'Assureur dont la conséquence peut être la poursuite ou l'arrêt de l'indemnisation.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.1.D. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que Vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 13.3 ;
- dès que Vous bénéficiez de prestations d'incapacité permanente partielle (et notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalidé aux deux tiers, pension de première catégorie pour les salariés) ;
- dès le moment où, après expertise médicale demandée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle même à temps partiel si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre ;
- dès le moment où, après expertise médicale demandée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer une activité quelconque, professionnelle ou non, même à temps partiel, si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous étiez demandeur d'emploi à la veille du sinistre ;
- dès que Vous percevez une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Permanente Partielle ou de la garantie Invalidité Permanente Professionnelle en Capital ;
- au 1095^e jour suivant la date du sinistre, date à laquelle l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale, de la garantie Invalidité Permanente Partielle, ou de la garantie Invalidité Permanente Professionnelle en Capital.

5.2. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

5.2.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Vous êtes en état d'Invalidité Permanente Totale à partir du jour de consolidation de votre état de santé et dans les conditions indiquées ci-après.

À la date de consolidation de votre état de santé, et au plus tard après 36 (trente-six) mois à compter de la date de survenance du sinistre ITT, le médecin conseil de l'Assureur fixe, sur base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, votre taux global d'incapacité, sur la base de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

(1) Taux d'incapacité fonctionnelle

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son Accident ou à sa maladie, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun édité par le Concours Médical le plus récent au jour de l'expertise.

(2) Taux d'incapacité professionnelle

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

Ces deux taux permettent de définir votre taux global d'incapacité, d'après le tableau suivant :

TAUX GLOBAL D'INCAPACITÉ DU CONTRAT										
(2) Taux d'incapacité professionnelle en %	(1) Taux d'incapacité fonctionnelle en %									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

État d'IPP	État d'IPT
Vous bénéficiez d'une prestation égale à 50 % de celle prévue dans le cadre de l'ITT	Vous bénéficiez d'une prestation identique à celle de l'ITT

Si le taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau, déterminé par le médecin conseil de l'Assureur, est égal ou supérieur à 66 %, les prestations de l'Assureur sont acquises. Si le taux global d'incapacité déterminé par le médecin conseil de l'Assureur sur la base de ce tableau est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur au titre de la garantie IPP.

Si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, Vous êtes considéré en IPT lorsque votre taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66 %.

La garantie Invalidité Permanente Totale ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux ouvertures de crédit, ni aux crédits permanents renouvelables.

La garantie IPT ne peut pas se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPT fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.2.B. PRESTATIONS IPT

La prestation garantie au titre du risque IPT, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT définies à l'article 5.1 à l'exception du Délai de franchise.

5.2.C. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS IPT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 13.4 ;
- dès le moment où, après contrôle administratif et/ou médical demandé par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle, même à temps partiel ;
- dès le moment où, après contrôle administratif et/ou médical demandé par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer une quelconque activité, professionnelle ou non, même à temps partiel, si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle au moment du sinistre ;
- dès que votre taux d'incapacité global, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 66 % ;
- dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 66 %, si Vous n'exercez pas de profession d'activité

professionnelle au moment du sinistre ;

- dès que Vous reprenez une quelconque activité professionnelle, de quelque nature que ce soit, même à temps partiel ;
- lorsque Vous êtes indemnisé (pour la première fois ou de nouveau) par Pôle Emploi.

5.3. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

5.3.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Lorsque vous en bénéficiez, la garantie IPP Vous est acquise à partir du jour de consolidation de votre état de santé si votre taux global d'incapacité, déterminé par le médecin conseil de l'Assureur dans les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice, est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %.

Si le taux global d'incapacité déterminé par le médecin conseil de l'Assureur est inférieur à 33 % dans les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Seules les personnes exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre peuvent bénéficier des prestations prévues au titre de cette garantie.

La garantie Invalidité Permanente Partielle ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux ouvertures de crédit, ni aux crédits permanents renouvelables.

La garantie IPP ne peut pas se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPP fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.3.B. PRESTATIONS IPP

Pendant la durée d'Invalidité Permanente Partielle, après consolidation de votre état de santé, l'Assureur verse une prestation égale à 50 % de la prestation prévue au titre de la garantie ITT, avec les mêmes limites de montant de prise en charge à l'exception du Délai de franchise.

5.3.C. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que votre taux d'incapacité global, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 33 % à la date de mise en jeu de la garantie IPT ou de la garantie IPro ;
- dès que Vous êtes déclaré apte à reprendre votre activité professionnelle par le médecin conseil de l'Assureur ;
- lorsque Vous reprenez une activité professionnelle, de quelque nature que ce soit, même à temps partiel ;
- lorsque Vous êtes indemnisé (pour la première fois ou de nouveau) par Pôle Emploi.

5.4. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE EN CAPITAL (IPro)

5.4.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE EN CAPITAL

Vous êtes en état d'Invalidité Permanente Professionnelle à partir du jour de consolidation de votre état de santé et dans les conditions indiquées ci-après.

Vous êtes reconnu en état d'Invalidité Permanente Professionnelle lorsque, à la date de consolidation de votre état de santé, et au plus tard après 36 mois à compter de la date de survenance du sinistre ITT, le médecin conseil de l'Assureur reconnaît, sur base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, que votre état d'invalidité Vous place de façon permanente dans l'impossibilité totale de poursuivre votre profession.

L'état d'Invalidité Permanente Professionnelle est apprécié en fonction :

- de la nature de l'incapacité de l'Assuré par rapport à sa profession en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident par l'Assuré ;
- des conditions d'exercice dans les règles de l'art de la profession de l'Assuré ;
- et, le cas échéant, des possibilités d'exercice restantes pour l'Assuré après consolidation, notamment en termes de rééducation ou d'appareillage.

La garantie bénéficie à l'Assuré uniquement si au moment du sinistre celui-ci exerce une activité professionnelle.

La garantie Invalidité Permanente Professionnelle en Capital ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts), ni aux ouvertures de crédit, ni aux crédits permanents renouvelables.

La garantie IPro ne peut pas se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPro fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.4.B. PRESTATIONS IPro

En cas d'Invalidité Permanente Professionnelle reconnue par l'Assureur, avant le 31 décembre de l'année de la liquidation de votre retraite, l'Assureur verse au Prêteur, dans la limite de la quotité assurée et du plafond maximal d'indemnisation indiqué à l'article 6.2, le capital restant dû au titre du prêt tel qu'il ressort du tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IPro de l'Assuré, y compris les intérêts normaux courus de l'échéance du prêt précédant le sinistre jusqu'à la date de celui-ci, mais à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date.

Cas particuliers

- si l'Invalidité Permanente Professionnelle survient avant le point de départ de l'amortissement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt ;
- en cas de prêt partiellement débloqué, le montant versé par l'Assureur inclut le capital restant dû au jour de l'Invalidité Permanente Professionnelle correspondant aux fonds débloqués antérieurement et les sommes restant à débloquent telles que définies au contrat de prêt.

5.5. GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA) POUR LES PRÊTS PROFESSIONNELS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec réserves, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle au jour du sinistre peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS. Le courrier mentionné à l'article 2.3 « Décision de l'Assureur et notification » précisera si cette garantie est ou non accordée.

5.5.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ AERAS (IA)

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque, conformément aux dispositions de la Convention AERAS, les six conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un Accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle ;
- la consolidation de l'état d'invalidité a été constatée ;
- le taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001) ;

- la détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 15.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS ;
- l'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un congé longue durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession ;
- la date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant la fin du mois du 67^e anniversaire de l'Assuré.

5.5.B. PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre Contrat ? » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT.

Par exception, la date de début de prise en charge correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS.

La date de consolidation retenue par les organismes sociaux (Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ne lie pas l'Assureur.

5.5.C CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 5.5.A ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les justificatifs définis à l'article 13.5 ;
- lorsqu'après contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

5.6. EXTENSION DE COUVERTURE AFFECTIONS

DORSALES ET PSYCHIATRIQUES SANS CONDITION D'HOSPITALISATION (DORSO-PSY)

Lorsque vous bénéficiez de l'extension de couverture DORSO-PSY, cette extension s'applique aux garanties ITT, IPT, IPP et IPPro (selon les garanties dont Vous bénéficiez). Le Délai de franchise choisie pour la garantie ITT s'applique à cette extension de couverture.

Dans le cadre de cette extension DORSO-PSY, Vous êtes couvert, sans condition d'hospitalisation, pour les pathologies suivantes :

- les suites et conséquences de troubles du psychisme ou de maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique, troubles de l'adaptation et troubles bipolaires ;
- les suites et conséquences des syndromes de fatigue chronique, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus ;
- les sinistres résultant d'une atteinte et/ou affection vertébrale, para-vertébrale, discale ou radiculaire et spécialement : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, radiculalgies (névralgies cervico-brachiales, sciatalgies, cruralgies) et coccygodynies.

Les exclusions spécifiques détaillées dans votre proposition d'assurance signée sont applicables au titre de l'extension de couverture DORSO-PSY.

Cette extension de couverture cesse le même jour que la garantie principale concernée. Les modalités de calcul et de versement des prestations sont identiques à celles de la garantie principale concernée.

5.7. GARANTIE CAPITAL DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE

L'adhésion à la garantie Capital Décès Complémentaire assure le versement en cas de décès accidentel de l'Assuré avant son 67^e anniversaire d'un capital à un bénéficiaire désigné. Le bénéficiaire est visé dans la clause bénéficiaire type reprise dans la demande d'adhésion ou le dernier avenant au Contrat signé ou est explicitement désigné dans tout autre document manuscrit signé de l'Assuré qu'il lui appartient de transmettre à l'Assureur.

Le montant du capital versé au titre de cette garantie est égal à 50 % du montant de la prestation versée au Prêteur au titre de la garantie décès du Contrat.

La garantie cesse dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat ».

IMPORTANT : Vous pouvez mettre fin à cette garantie à tout moment par lettre recommandée adressée au Prêteur. Cette garantie cesse au dernier jour du mois suivant la réception par le Prêteur de votre demande.

6. RÈGLEMENT ET MONTANT DES PRESTATIONS

6.1. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie la prestation est calculée selon les quotités assurées (également appelées taux de couverture) portées sur votre demande d'adhésion ou le cas échéant sur le dernier avenant à votre Contrat signé.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même Financement, les prestations de l'Assureur sont limitées aux montants dus au titre des prêts garantis et figurant sur le tableau d'amortissement.

Le remboursement des mensualités de prêts doit se poursuivre jusqu'à la prise en charge des prestations par l'Assureur.

6.2. PRESTATIONS MAXIMALES GARANTIES

Si Vous êtes assuré pour plusieurs prêts auprès de l'Assureur, le montant maximal de la prestation à verser est limité par Assuré et pour tous prêts confondus :

- à 15 000 000 € pour les garanties décès, PTIA et IPPro ;
- à 7 500 000 € pour la garantie Capital Décès Complémentaire ;
- à 10 000 € par mois pour les garanties IA, ITT et IPT, IPP et l'extension de couverture DORSO-PSY.

7. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE VOTRE CONTRAT ?

Sont exclus pour l'ensemble des garanties du Contrat :

- Le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance.
- Les accidents, blessures, maladies et mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Assuré.
- Les conséquences des faits de guerre étrangère lorsque l'État Français est partie belligérante.
- Les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.
- Les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties,

raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records.

- Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.
- Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la transmutation de noyaux d'atome. Les gendarmes, les militaires, les policiers et les personnels civils de la défense, dans l'exercice de leurs missions, ne sont pas visés par cette exclusion. **Si vous ne bénéficiez pas de l'extension de couverture affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation (DORSO-PSY), sont exclus pour les garanties ITT, IPT, IPP, IPPro du Contrat :**
- Les suites et conséquences de troubles du psychisme ou de maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique, troubles de l'adaptation et troubles bipolaires, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, hors hospitalisation de jour ou hospitalisation à domicile et exclusion faite des séjours en maison de convalescence ou de repos ;
- Les suites et conséquences des syndromes de fatigues chroniques, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, hors hospitalisation de jour ou hospitalisation à domicile et exclusion faite des séjours en maison de convalescence ou de repos ;
- Les sinistres résultant d'une atteinte et/ou affection vertébrale, para-vertébrale, discale ou radiculaire et spécialement : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, radiculalgies (névralgies cervico-brachiales, sciatalgies, cruralgies), et coccygodynies, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, hors hospitalisation de jour ou hospitalisation à domicile et exclusion faite des services de SSR (Soins de Suite et Réadaptation dont la rééducation fonctionnelle) et des séjours en maison de convalescence ou de repos.

8. LA TERRITORIALITÉ

Les garanties et l'extension de couverture du Contrat couvrent l'Assuré dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés à l'article 13.

Si l'Assureur demande une visite médicale, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.



LA VIE DU CONTRAT

9. MODIFICATION DU CONTRAT EN COURS DE VIE DU FINANCEMENT

Toute modification d'une ou plusieurs caractéristiques de votre Contrat et des garanties est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur ainsi qu'à la signature d'un avenant entre Vous et l'Assureur.

Ce Contrat peut couvrir, le cas échéant, plusieurs prêts contractés à des dates différentes. La couverture d'un prêt octroyé par le Prêteur a posteriori de l'adhésion au Contrat est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur, ainsi qu'à la signature d'un avenant entre Vous et l'Assureur.

Les conditions d'acceptation au Contrat fixées par l'Assureur au moment de l'adhésion ; à savoir l'acceptation au taux de cotisation de base, ou à un taux majoré, avec ou sans réserves (exclusion de certaines garanties et/ou de l'extension de couverture et/ou certaines pathologies pour des garanties et/ou pour l'extension de couverture précises), s'appliquent également à la couverture des prêts rattachés au Contrat a posteriori de l'adhésion.

10. LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

10.1. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue :

- soit à la date de signature de votre demande d'adhésion si Vous êtes accepté au taux de cotisation de base sans réserve ;
- soit à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment acceptée par Vous, le cas échéant.

10.2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Au titre de chaque prêt, les garanties et l'extension de couverture prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- à la date de conclusion de l'adhésion ou de l'avenant au Contrat ;
- à la date de signature du contrat de prêt.

Par ailleurs :

- Une garantie « décès accidentel » est accordée à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion (hors demande de devis), jusqu'à la date de prise d'effet des garanties sous réserve toutefois qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du Prêteur. Elle est égale au montant emprunté pondéré par la quotité d'assurance demandée dans la limite de 200 000 €. **Cette couverture « décès accidentel » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la date de signature de votre demande d'adhésion.**
- Si la date de prise d'effet des garanties retenue est antérieure à la date d'expiration du délai de renonciation tel que prévu à l'article 10.3 « Faculté de renonciation » de la présente notice, les garanties ne pourront prendre effet qu'à l'expiration dudit délai de renonciation, sauf demande contraire de l'Assuré, exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes objets du contrat de prêt, et sous réserve de l'encaissement de la première prime.

10.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

10.3.A. DÉLAI POUR EXERCER LA FACULTÉ DE RENONCER

L'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature

de la demande d'adhésion, ou de la proposition d'assurance le cas échéant.

Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation dès lors que Vous demandez la prise en charge d'un sinistre mettant en jeu une garantie du Contrat.

10.3.B. MODALITÉS DE LA RENONCIATION

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Prêteur. Elle peut être faite selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) M. Mme..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer au Contrat signé le à [lieu d'adhésion]. Le..... [date et signature]."

10.3.C. EFFETS DE LA RENONCIATION

L'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et l'Assureur procède, par l'intermédiaire du Prêteur, au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

10.4. DURÉE DU CONTRAT

Vous adhésion est conclue pour la durée de votre Financement, soit jusqu'au plus tardif des termes des prêts figurant dans votre demande d'adhésion, ou le cas échéant dans votre dernier avenant au Contrat signé, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés à l'article 11.

11. CESSATION DES GARANTIES ET RÉSILIATION DU CONTRAT

11.1. CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L.141-3 du Code des assurances ;
- de règlement des prestations au titre des garanties Décès ou PTIA ;
- de règlement des prestations au titre de la garantie IPpro ;
- de survenance de l'échéance finale du prêt comportant le terme le plus tardif et figurant dans votre demande d'adhésion, ou le cas échéant dans votre dernier avenant au Contrat signé ;
- de remboursement total anticipé du ou des Financement(s) couvert(s) par le Contrat ;
- d'exigibilité du ou des Financement(s) couvert(s) avant terme ;
- de cessation du ou des Financement(s) ou d'absence de prise d'effet du Financement, quelque qu'en soient les causes, et notamment en cas de résolution du Financement, d'exercice par l'Assuré de son droit de rétractation au Financement, de non réalisation des conditions suspensives d'obtention du Financement ;
- de transfert du ou des Financement(s) à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'Emprunteur personne physique transfère son ou ses prêt(s) à une personne morale dont il est l'unique associé ;
- de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, co-emprunteuse ou caution, dans la mesure où il résilie son engagement

de caution ;

- de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 10.3 « Faculté de renonciation » ;
- à l'issue de la 10^e année d'assurance pour les ouvertures de crédit et les crédits permanents renouvelables ;
- de fin de votre engagement de caution du Financement, si Vous avez adhéré au Contrat en qualité de caution personne physique ou de caution personne morale.

En outre, chaque garantie cesse au plus tard au dernier jour du mois de survenance de l'âge limite de garantie fixé à :

- 80 ans pour la garantie Décès ;
- 70 ans pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- 67 ans pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité AERAS, Invalidité Permanente Professionnelle en Capital, Invalidité Permanente Partielle, Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation et Capital Décès Complémentaire.

11.2. RÉSILIATION

L'Assuré ne dispose pas du droit de résilier annuellement son adhésion au Contrat conclu dans le cadre de son activité professionnelle.

12. CALCUL ET PAIEMENT DES PRIMES

12.1. MONTANT DE LA PRIME

La couverture des risques garantis est accordée moyennant le paiement par l'Assuré au Prêteur, d'une prime d'assurance. La prime d'assurance est déterminée selon les conditions tarifaires indiquées dans votre demande d'adhésion ou le cas échéant votre proposition d'assurance signée, ou votre avenant au Contrat signé, ou le contrat de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'assurance est souscrite en cours de prêt.

Dans le cas d'un remboursement anticipé partiel d'un prêt, pour le calcul des primes suivantes, le montant de l'assiette de prime est diminué au titre de ce prêt du montant du capital remboursé.

La prime d'assurance est calculée en fonction de la durée de chacune des garanties. La cessation contractuelle des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, IPpro, Capital Décès Complémentaire et de l'extension de couverture DORSO-PSY pour un prêt n'entraîne donc pas de diminution du montant de la prime due.

12.2. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur, au nom et pour le compte de l'Assureur, distinctement de l'échéance de prêt. Elles sont payables notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré ou de l'Emprunteur et pour le compte de l'Assureur auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. Une prise en charge au titre de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP, de DORSO-PSY ne suspend pas l'obligation de paiement de vos primes d'assurance.

En cas de non-paiement des primes, le Prêteur peut exclure définitivement l'Assuré conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

13. LES FORMALITÉS À REMPLIR

La demande de prise en charge doit se faire auprès du Prêteur qui Vous communiquera les coordonnées du service auquel devra être adressée la déclaration de sinistre. Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré.

Si Vous faites intentionnellement de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances, les conséquences du sinistre,

ou si Vous produisez des documents falsifiés, la garantie et/ou l'extension de couverture ne Vous sera pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre. Vous perdrez également tout droit à garantie pour la totalité du sinistre si celui-ci est volontairement provoqué.

NOTA : le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs ci-dessous. L'appréciation du risque garanti relève de l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

13.1. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS

- Un acte ou un bulletin de décès ;
- Un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu.



La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

Pour la garantie Capital Décès Complémentaire

- Un acte de notoriété ou de dévolution successorale établi par le notaire chargé de la succession ;
- Une copie de la carte d'identité du (ou des) bénéficiaire(s) ;
- Le RIB du (ou des) bénéficiaire(s).

13.2. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- Un questionnaire médical d'incapacité-invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical confirmant :
 - que Vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte la PTIA ;
 - que votre état Vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- Un justificatif de prise en charge de l'invalidité mentionnant l'assistance d'une tierce personne délivré par votre organisme de protection sociale **pour les personnes exerçant une activité professionnelle ou étant au chômage lors de la survenance de l'état de PTIA.**

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 2 ans.

13.3. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, DE DORSO-PSY

- Un questionnaire médical d'incapacité-invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'incapacité ;
 - la date de l'accident ou de début de la maladie ;
 - la durée probable de l'incapacité.
- Vous devez joindre également :
 - pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1^{re} catégorie n'est pas recevable pour justifier de l'éligibilité à l'Incapacité Temporaire Totale, à DORSO-PSY ;
 - pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
 - pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
 - pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du régime social des indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le titre de pension pour incapacité au métier.

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date. À défaut une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L 113-2-4° du Code des assurances (réduction de votre prestation dans la proportion du préjudice que ce manquement nous aura fait subir) et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour le questionnaire médical d'Incapacité-Invalidité. **À défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

13.4. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE EN CAPITAL

- Un questionnaire médical d'incapacité-invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'incapacité ;
 - la date de l'accident ou de début de la maladie ;
 - la durée probable de l'incapacité.
- Vous devez joindre également :
 - pour les salariés les cas échéant : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
 - pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
 - pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
 - pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'invalidité permanente totale et définitive.

Il Vous appartient de déclarer la consolidation de votre état de santé dans les 6 mois de celle-ci. **Si la consolidation de votre état de santé est déclarée après ce délai, la prise en charge débutera, sous réserve d'acceptation du dossier par l'Assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration de consolidation.**

13.5. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS

Il revient à l'Assuré de fournir au Prêteur, **dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité**, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment :

- un questionnaire médical d'incapacité-invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus du questionnaire médical incomplet, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.
- Vous devez joindre également :
 - pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie ;
 - pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
 - pour les non-salariés : une copie du titre de pension d'invalidité à 100 % ou une copie du titre de pension d'invalidité permanente totale et définitive.

14. LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Prêteur est bénéficiaire acceptant des prestations garanties au titre de l'extension de couverture et des garanties autres que la seule garantie Capital Décès Complémentaire, à concurrence des sommes qui lui sont dues, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du (des) prêt(s). Le surplus éventuel est versé à vos héritiers en cas de décès, et à Vous-même en cas de PTIA ou d'IPpro. Lorsque l'emprunteur est une personne morale, le surplus est reversé à la personne morale.

Au titre de la seule garantie Capital Décès Complémentaire, le bénéficiaire est la personne désignée conformément aux dispositions de l'article 5.8 de la présente notice.

15. CONTRÔLE ET EXPERTISE

15.1. EXAMEN DES PIÈCES MÉDICALES ET/OU ADMINISTRATIVES

La production des justificatifs définis à l'article 13 « les formalités à remplir » est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations.

En effet, au terme de l'examen de l'ensemble des pièces médicales et/ou administratives fournies, l'Assureur détermine si Vous êtes en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPpro, d'IPP, d'IA et si Vous pouvez bénéficier à l'extension de couverture DORSO-PSY au sens du Contrat et peut :

- accepter la prise en charge ;
- refuser la prise en charge ;
- arrêter la prise en charge ;
- 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 et à ses frais. Vous pouvez Vous faire assister du médecin de votre choix, à vos frais.

Les conclusions de la visite médicale peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si Vous contestez cette décision, une procédure de conciliation peut être demandée selon les modalités prévues à l'article 15.2.

Si Vous refusez de Vous soumettre à la visite médicale ou si Vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. Dans ce cas, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions de la visite médicale.

15.2. CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à votre demande, d'une procédure de conciliation.

Votre demande, formulée par écrit et adressée au Prêteur, doit indiquer que Vous sollicitez la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin que Vous désignerez pour Vous représenter. Cette lettre, destinée à l'Assureur, doit lui parvenir dans un délai de 90 jours suivant le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure. Le certificat doit détailler votre état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date. Votre demande doit en outre, mentionner que Vous acceptez les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

La procédure de conciliation sera initiée dans les 12 mois qui suivent la date de la visite médicale.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.



INFORMATIONS LÉGALES

16. QUE FAIRE EN CAS DE DÉSACCORD SUR L'APPLICATION DU CONTRAT ?

Pour toute précision ou pour toute réclamation concernant votre adhésion, nous vous remercions de vous adresser en priorité à votre conseiller. Vous pouvez, au choix, le contacter directement ou en tout état de cause, notamment s'il n'a pu donner entière satisfaction à votre demande, adresser une réclamation écrite.

En cas d'insatisfaction ou de désaccord, vous pourrez premièrement votre dossier à Crédit Agricole Assurances - Service Réclamation Emprunteur - Adhésions CRCA - TSA 82222 - 59652 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX auprès duquel vous pouvez solliciter à tout moment un nouvel examen de votre réclamation. Toute réclamation écrite est traitée dans les meilleurs délais, sans excéder dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception et deux (2) mois pour y répondre.

À l'issue d'un délai de deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, ou si la réponse à cette dernière ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez alors recourir gratuitement à une procédure de médiation, en vous adressant au Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09

ou sur le site internet : <https://www.mediation-assurance.org>. Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

17. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE

Le Contrat est assuré par PREDICA, pour l'ensemble des garanties du Contrat.

Cette entreprise est régie par le Code des assurances. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), site 4, rue du Budapest 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de l'Assureur.

Le montant minimum de la prime est indiqué dans la demande d'adhésion ou le cas échéant la proposition d'assurance, l'avenant au Contrat, ou le contrat de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'assurance est souscrite en cours de prêt.

La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 « La date d'effet et la durée de votre Contrat ». Les garanties proposées à l'adhésion sont définies aux articles 4 et 5 de la présente notice.

Les exclusions des garanties sont mentionnées à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre Contrat ».

L'offre contractuelle définie dans la présente notice d'information est valable pendant toute la durée de validité du contrat de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 10.1 « Date de conclusion de l'adhésion » et 10.2 « Prise d'effet des garanties ».

L'adhésion au Contrat s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 2 « Comment adhérer ? ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 12 « Calcul et paiement des primes ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 10.3 « Faculté de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de signature du contrat de prêt, l'Assuré doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 16 « Que faire en cas de désaccord sur l'application du Contrat ? ».

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance

des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 – article L423-1 du Code des assurances), et un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (loi n° 90-86 du 23/01/90).

18. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données à caractère personnel, collectées dans le cadre de la présente adhésion au contrat et au cours de son exécution, sont traitées sous le contrôle de PREDICA, responsable de traitement.

Sauf indication contraire, toutes les données collectées sont obligatoires pour la passation de l'adhésion au contrat.

FINALITÉS ET BASES LÉGALES DES TRAITEMENTS

Vos données à caractère personnel sont traitées par l'Assureur, sur différentes bases légales et pour répondre à plusieurs finalités :

- **Sur la base légale de l'exécution contractuelle** : le traitement de vos données a pour finalité la passation, l'exécution et la gestion de votre adhésion au contrat ;
- **Sur la base légale des obligations légales, réglementaires et administratives de l'Assureur en vigueur** : le traitement de vos données a notamment pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les obligations de connaissance client, la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques dont notamment la réalisation des déclarations fiscales obligatoires (le cas échéant : IFU - Imprimé Fiscal Unique, FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act, EAI – Echange Automatique d'Information), le respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales (OFAC - Office of Foreign Assets Control) ;

Le traitement de vos données est obligatoire pour l'accomplissement des finalités visées ci-dessus.

- **Sur la base légale des intérêts légitimes de l'Assureur** : le traitement de vos données a pour finalité l'élaboration de statistiques et études actuarielles, la lutte contre la fraude, la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale.
- **Sur la base légale du consentement de la personne concernée** : avec votre consentement l'Assureur traite :
 - vos données à des fins de prospection commerciale par voie électronique ;
 - vos données de santé à des fins de passation, exécution et gestion de l'adhésion au contrat.

Vos données de santé ne seront communiquées qu'aux services ou prestataires chargés de l'instruction de votre demande d'adhésion et de l'exécution et la gestion de votre adhésion au contrat dans le respect de la bulle de confidentialité et du secret médical et seront conservées dans ce même respect.

DURÉES DE CONSERVATION DES DONNÉES

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données à caractère personnel, vos données à caractère personnel seront conservées proportionnellement aux finalités au titre desquelles elles ont été collectées et pour les durées suivantes :

- **Au titre de la passation, l'exécution et la gestion de l'adhésion au contrat** : ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et des durées relatives aux prescriptions applicables ;
- **Ainsi une fois l'adhésion au contrat terminée et la dernière prestation réglée**, les délais de conservation sont de 10 ans à compter du terme de l'adhésion au contrat ;
- **Au titre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme** : ces données sont conservées 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ;
- **Au titre des obligations de connaissance client, de la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques, du respect des sanctions économiques et financières nationales ou internationales** : ces données sont conservées 5 ans à compter du terme de l'adhésion au contrat ;

- **Au titre de l'élaboration de statistiques et études actuarielles, la conduite d'activités de recherche et développement, la gestion du client intra groupe, la mise en place d'actions de prévention, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciale** : ces données sont conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées ;
- **Au titre de la lutte contre la fraude** : ces données sont conservées 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou correspond à la durée de prescription légale applicable en cas de poursuite ;
- **Au titre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion de l'adhésion au contrat** : ces données sont conservées 5 ans à compter du dernier contact resté infructueux en cas de collecte de données de santé. Pour les autres cas, la durée de conservation est de 3 ans compter du dernier contact resté infructueux.

DESTINATAIRE DES DONNÉES

Vos données sont destinées à l'intermédiaire en assurance auprès duquel votre adhésion au contrat a été réalisée pour satisfaire à son devoir de conseil et pour assurer la délégation de gestion consentie par l'Assureur. Vos données pourront alimenter l'outil de conseil mis en place par votre intermédiaire en assurance.

Dans le cadre de leurs missions ou en vertu du droit qui leur est conféré, vos données sont également communiquées :

- aux coassureurs et réassureurs de l'Assureur ;
- aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales, réglementaires et administratives de l'Assureur ;
- aux sociétés du Groupe Crédit Agricole chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels pour le bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe Crédit Agricole (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) ;
- aux sous-traitants de l'Assureur, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-dessous.

Par ailleurs, vos données pourront être partagées avec :

- des instituts d'enquêtes ou de sondages, à des fins statistiques. Ces instituts agissent pour le compte exclusif de PREDICA et des sociétés d'assurance du Groupe Crédit Agricole. Nous soulignons que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vous pouvez par ailleurs exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact.
- les autres entités assurances du Groupe Crédit Agricole, Crédit Agricole Assurances Retraite, CACI dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins.

VOS DROITS SUR VOS DONNÉES

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, des droits :

- d'accès,
- de rectification,
- à l'effacement : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat,
- de limitation : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée,
- d'opposition au traitement de ses données, notamment à des fins de prospection commerciale, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un traitement obligatoire, indispensable à l'exécution du contrat ;
- de retrait, à tout moment, de votre consentement au traitement de vos données à des fins de prospection commerciale par voie électronique ou du traitement



des données relatives à votre santé avec effet pour le futur.

En cas de sinistre nécessitant le traitement de données de santé, si l'Assuré a retiré son consentement au traitement de ses données de santé, la prestation ne pourra pas être fournie par l'assureur, la garantie n'étant pas acquise à l'Assuré, et ce pour la totalité du sinistre.

- d'un droit à la portabilité qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution de l'adhésion au contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier simple à : Predica - Délégué à la Protection des Données - Droit d'accès - 75724 Paris cedex 15 ou par courrier électronique à donneespersonnelles-PREDICA-ADE@ca-assurances.fr.

En cas de désaccord, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

19. PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des Assurances, toutes actions dérivant du Contrat 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 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

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

20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de PREDICA.

21. SANCTIONS INTERNATIONALES

PREDICA, en tant que filiale du Groupe Crédit Agricole, respecte toutes les règles relatives aux Sanctions Internationales, qui sont définies comme les lois, réglementations, règles ou mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment toutes sanctions ou toutes mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations-Unies, l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Étrangers rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'État), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.

En conséquence, aucune prestation ne pourra être payée en exécution du Contrat si ce paiement contrevient aux dispositions sus-indiquées.