

NOTICE D'INFORMATION Allianz SOLASTER

Notice relative au contrat d'assurance collective N°5301 souscrit auprès d'Allianz Vie
 Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 643 054 425 euros – Siège social : 87 rue de Richelieu 75002 PARIS – 340 234 962 RCS Paris
 Allianz – Direction des Opérations Collectives – Case courrier n° 81 346 – 28, rue de Bonnel – 69435 Lyon Cedex 03
 dénommée l'Assureur, par l'association AGRS, dénommée la Contractante.

Article 1 : Objet du contrat

Le contrat, souscrit par la Contractante, a pour objet de garantir :

- ◆ Option 1 - le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- ◆ Option 2 - le remboursement d'un prêt en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale, par suite de maladie ou d'accident (1).

(1) - Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente, indépendante de la volonté de l'Assuré, atteignant ce dernier dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur.

Article 2 : Groupe Assuré

Est admissible à l'assurance, toute personne physique adhérente de l'association contractante, ayant obtenu ou cautionné un prêt en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution pour le compte d'une personne morale ou physique.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être admise à l'assurance toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise.

La personne à assurer doit être âgée de moins de 75 ans à la date de signature de la demande d'admission.

Lorsque la personne à assurer est âgée de 59 ans ou plus, ou si elle se porte caution pour le compte d'une personne physique, l'admission n'est possible que pour l'option 1.

Dans tous les cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Une réduction tarifaire est effectuée pour les prêts assurés dans le présent contrat sur plus d'une tête. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

Article 3 : Caractéristiques des Prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros, rédigés en français, et souscrits auprès d'un établissement de crédit situé en France, amortissables ou non amortissables, destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel, d'un montant minimum de 16 000 euros.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne doit pas être supérieure à 35 ans.

Article 4 : Limitation des Garanties

Le montant maximum du capital qui peut être assuré par personne est limité à 3 000 000 euros. Si le demandeur est déjà garanti par l'Assureur au sein du contrat N° 5301, au titre d'un ou de plusieurs prêts en cours d'amortissement, il convient de déduire du montant maximum indiqué ci-dessus le montant du capital restant dû affecté de la quotité assurée pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'admission au contrat.

Pluralité d'Assurés : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt (emprunteur, co-emprunteur, caution), l'Assureur limite ses prestations aux sommes qui seraient versées pour une seule personne assurée avec une quotité de 100 %.

Article 5 : Admission à l'Assurance

La personne qui demande à adhérer à l'Assurance doit :

- remplir et signer la demande d'admission,
- justifier de son état de santé en se soumettant aux formalités fixées par l'Assureur.

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'Assureur et ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires sont pris en charge par l'Assureur.

Peuvent souscrire à l'option 2 les personnes exerçant une activité professionnelle fiscalement déclarée, ou les conjoints non salariés d'artisans, de commerçants ou de personnes exerçant une activité libérale, qui apportent, en leur qualité de co-emprunteur, une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, et qui sont officiellement déclarés "conjoint de collaborateur" par tout document officiel tel que K bis ou extrait d'assemblée générale.

A défaut, seule l'option 1 peut être demandée.

Si l'Assuré a souscrit à l'option 2, il est tenu d'avertir l'Assureur en cas de changement de situation professionnelle dans les trois mois qui suivent la date de changement.

De même, un Assuré bénéficiant du tarif non-fumeur, est tenu d'informer l'Assureur s'il se met à fumer en cours de contrat, même occasionnellement.

A défaut, l'Assureur se réserve le droit de réviser les conditions de garanties.

L'Assureur se réserve le droit de subordonner son acceptation à la production de toute information qu'il juge nécessaire. Il peut accepter l'admission d'une personne à des conditions spéciales de garantie ou de tarif ou la refuser.

Une fois admis à l'Assurance, l'Assuré est tenu d'informer l'Assureur de toute modification relative à l'amortissement du prêt, dans un délai de trois mois. Au-delà, toute modification non signalée ne sera pas opposable et aucun remboursement des cotisations ne sera dû.

L'Assureur et le prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le conseiller qui propose d'adhérer au présent contrat.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ne peuvent être accordées à la personne à assurer ou si elles sont accordées avec exclusion de certaines affections, l'Assureur lui proposera chaque fois que cela sera possible, une garantie d'invalidité additionnelle définie soit en fonction du taux d'incapacité du contrat d'assurance indiqué à l'article 11 – Garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale, soit en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de 80 % apprécié par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours Médical la plus récente au jour de l'expertise).

Ce barème est utilisé par les experts médicaux et est conforme aux recommandations de la convention AERAS.

Si l'Assureur propose cette garantie, la personne à assurer doit donner son accord pour qu'elle soit mise en jeu.

De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'Assureur a pour effet que la cotisation globale représente plus de 1,5 point dans le taux effectif global (TEG) de l'emprunt, l'assuré sera informé des conditions à respecter **pour que celle-ci soit limitée à 1,5 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,5 point.** Ces conditions définies par la Convention AERAS sont rappelées dans les conditions spécifiques remises à l'assuré.

Article 6 : Bénéficiaire de l'Assurance

Les prestations sont versées par l'Assureur au prêteur dans la limite des sommes dues au jour du sinistre. Aucune modification du bénéficiaire ne peut être effectuée sans accord du prêteur.

L'organisme prêteur est réputé être bénéficiaire acceptant. Toute demande de modification de garantie et / ou de bénéficiaire de la part de l'Assuré doit faire l'objet d'un accord préalable du dit bénéficiaire.

L'excédent éventuel, en cas de décès est versé, sauf désignation particulière, selon la clause type suivante : au co-emprunteur ; à défaut au conjoint non séparé de corps ou lié à l'Assuré par un pacte civil de solidarité ; à défaut aux enfants de l'assuré nés ou à naître, vivant ou représentés, par parts égales entre eux ; à défaut aux héritiers.

A tout moment, l'Assuré peut modifier la désignation contractuelle et désigner toute personne physique ou morale de son choix. Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier. Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type ci-dessus est applicable.

Article 7 : Prise d'effet des Garanties

Une garantie en cas de décès par accident est acquise gratuitement pendant soixante jours à compter de la signature de la demande d'admission. Cette garantie est limitée à 150 000 euros et dans la limite du capital assuré affecté de la quotité assurée, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'admission à l'assurance. Si, après examen des pièces médicales fournies, l'Assureur se prononce pour le refus de l'admission du postulant, la couverture des risques accidentels cesse de plein droit au jour de la signification du refus au postulant. Cette garantie cesse en cas de refus par le postulant d'accepter les conditions d'admission.

En l'absence de demande de la personne à assurer, les garanties prennent effet, à la date d'acceptation du risque par l'Assureur indiquée sur l'attestation d'assurance. La personne à assurer peut cependant choisir comme date de prise d'effet des garanties :

- ◆ soit la date d'acceptation de l'offre ou de la signature du contrat de prêt,
- ◆ soit la date d'accord du prêt,
- ◆ soit la date de premier déblocage des fonds.

Dans ce cas, la date choisie doit être précisée par la personne à assurer sur la demande d'admission.

La date choisie ne peut en aucun cas être antérieure à la date d'acceptation du risque par l'Assureur ni être modifiée après l'édition de l'attestation d'assurance.

L'assurance est accordée, à compter de la date d'effet précisée sur l'attestation d'assurance, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sous réserve des dispositions prévues ci-après.

Les garanties joueront conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'assureur et servant de base au calcul des cotisations, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

En cas de sinistre avant le prélèvement de la première cotisation, les prestations prévues au contrat sont versées sous déduction du montant de la cotisation due.

Aménagement du prêt en cas de remboursement anticipé partiel

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

Modification des garanties et des quotités

L'adhérent peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou sa quotité.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par l'assureur.

S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats d'éventuelles nouvelles formalités d'admission.

Les nouvelles garanties et ou quotité prennent effet à la date d'acceptation par l'Assureur.

Article 8 : Cessation des Garanties

Les garanties cessent :

- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où la déchéance du terme a été prononcée par le prêteur,
- aux limites d'âge prévues pour chaque garantie,
- à l'expiration de la période annuelle en cours, si la demande de résiliation est adressée, avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant,
- en cas de non-paiement des cotisations.
- à l'expiration d'un délai de un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le montant du prêt n'a toujours pas été débloqué par le prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu
- le jour du versement du capital assuré au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 9 : Garantie Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le jour de son 85ème anniversaire, l'Assureur verse le capital assuré défini ci-après :

La base de calcul est égale au capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès majoré des intérêts courus jusqu'à la date du décès, conformément au dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré et qui sert au calcul des cotisations. Dans le cas où aucun tableau d'amortissement n'aurait été communiqué, le capital restant dû à la date de l'échéance qui précède le décès est déterminé avec le montant du capital, la durée, la périodicité d'amortissement et le taux d'intérêt indiqués sur l'attestation d'assurance. Le capital assuré est égal à la base de calcul pondérée par la quotité assurée.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne sont pas pris en compte.

Article 10 : Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'Assuré qui, avant son 70ème anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'Assureur, sans que cette date puisse être antérieure de plus de six mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de la garantie.

Sera considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assuré de moins de 60 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie ou si une rente par accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée. L'Assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité Sociale.

L'Assureur verse par anticipation le capital assuré prévu en cas de décès calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Les cotisations cessent d'être dues à compter du jour où le capital est réglé et l'Assuré cesse de bénéficier des garanties de l'Assurance.

L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

Article 11 : Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale

11.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Lorsque, par suite de maladie ou d'accident, un Assuré est dans l'incapacité totale et continue médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur d'exercer son activité professionnelle ou toute recherche d'emploi, l'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'arrêt de travail et après application de la franchise de 90 jours, le paiement des échéances du prêt venant à échéance, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Si le tableau d'amortissement qui sert à la détermination des cotisations ne correspond pas au tableau d'amortissement en cours au moment du sinistre, il est procédé à une régularisation des cotisations sur la base du tableau d'amortissement en cours.

Si, à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, le montant du prêt n'a pas encore été débloqué par le prêteur, la prise en charge intervient à la date de déblocage des fonds et au plus tôt à l'expiration de la franchise.

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'Assuré doit :

- avoir souscrit cette garantie sur sa demande d'admission,
- être emprunteur, co-emprunteur ou caution d'une personne morale,
- exercer une activité professionnelle fiscalement déclarée et procurant

des rémunérations ou des bénéfices, ou être conjoint non salarié d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale, avoir la qualité de co-emprunteur et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal, ou être à la recherche d'un emploi et être indemnisé par les ASSEDI ou d'organismes équivalents

- être âgé de moins de 65 ans.

A tout moment, l'Assureur peut demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical auprès d'un médecin désigné, dans le but d'apprécier son incapacité à exercer une quelconque activité professionnelle.

Les prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail sont versées par l'Assureur pendant au maximum 36 mois.

Lorsque l'arrêt de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'Assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées, à l'expiration de la franchise, aux seules échéances d'intérêts, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail. Pour les prêts non amortissables, l'Assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, affectées de la quotité assurée et au prorata du nombre de jours correspondant à l'arrêt total de travail, après application du délai de franchise, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la ou les dernières échéances d'intérêts.

L'Assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré pendant son arrêt de travail ou moins de quatre-vingt-dix jours avant. Dans ce cas, l'Assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'arrêt de travail.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au prêteur ne seront pas pris en compte.

Les prestations au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail cessent à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.

Toute reprise, même partielle et y compris en mi-temps thérapeutique, d'une activité professionnelle entraîne l'interruption du versement des prestations.

Une rechute dans les soixante jours suivant une reprise d'activité professionnelle ne donne pas lieu à l'application de la franchise si le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail sont limitées à 270 euros par jour et par Assuré.

11.2 Garantie Invalidité Permanente Totale

En cas d'Invalidité Permanente Totale avant le jour du 65ème anniversaire de l'Assuré, lorsque son état de santé est consolidé ou stabilisé, le médecin désigné par l'Assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin de calculer le taux contractuel d'invalidité en résultant.

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100% en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le degré « n » d'invalidité est déterminé selon le barème ci-après, en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin conseil de l'Assureur.

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

Les taux ci-dessus sont exprimés en pourcentage.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est inférieur à 66%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le degré « n » d'invalidité est supérieur ou égal à 66%, les prestations sont maintenues intégralement.

Légende :

Le degré d'invalidité est inférieur à 66%

Le degré d'invalidité est supérieur ou égal à 66%

Les prestations dues par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale sont limitées à 270 euros par jour et par Assuré.

Les garanties en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente Totale cessent :

- le jour où cesse l'obligation de remboursement ou de caution,
- le jour où le prêt a été intégralement remboursé,

- le jour où le bien faisant l'objet du prêt est vendu,
 - le jour où la déchéance du terme a été prononcée,
 - le jour où l'Assuré a acquis ses droits à la retraite ou à la préretraite liquidés au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'Assureur continue la prise en charge de l'arrêt de travail sous réserve que l'Assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat,
 - au plus tard le jour du 65ème anniversaire de l'Assuré.
- Les prestations cessent :
- le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel et y compris en mi-temps thérapeutique,
 - dès que le taux d'incapacité constaté par le médecin de l'assureur devient inférieur à 66%,

Article 12 : Garantie supplémentaire d'invalidité AERAS

Conditions d'éligibilité à cette garantie :

Le candidat à l'assurance doit avoir :

- demandé l'assurance pour un prêt immobilier ou professionnel,
- opté pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente Totale lors de sa demande d'admission.

Suite à l'étude du dossier par son médecin conseil, l'Assureur :

- ne peut accorder au candidat à l'assurance la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente Totale, ou peut lui accorder avec exclusion de certaines pathologies ;
- peut lui proposer, chaque fois que cela sera possible, la garantie supplémentaire d'invalidité AERAS (conditions spécifiques).

Conditions de mise en jeu de la garantie en cas de sinistre :

La garantie supplémentaire d'invalidité est couverte si elle est indiquée dans les conditions spécifiques que l'Assureur a proposées au demandeur à l'assurance et qu'il a acceptées, par écrit.

L'Assuré bénéficie de cette garantie si :

- son état de santé est consolidé,
- son taux d'invalidité est supérieur ou égal à celui indiqué dans les conditions spécifiques. Les prestations sont versées à compter du jour où ces deux conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées dans l'article « 11.2 – Invalidité Permanente Totale ».

Article 13 : Contrôle médical - Arbitrage

Contrôle

Pour ne pas perdre son droit au versement des prestations, l'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen que l'Assureur estime nécessaire.

Le contrôle médical suspend le paiement des prestations. Si l'Assuré s'oppose à ce contrôle, il perd ses droits à prestations.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'Assureur dans les mêmes domaines.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Pour les Assurés résidant hors du territoire français les prestations Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne sont versées que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en France (France Métropolitaine et DOM-TOM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Pour les Assurés couverts par les garanties supplémentaire d'invalidité AERAS et Incapacité Temporaire Totale de Travail-Invalidité Permanente Totale et dont le sinistre est survenu hors du territoire français, le versement des prestations est soumis aux mêmes conditions.

Arbitrage

Les décisions de l'Assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées à l'Assuré par courrier. En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'Assureur et celui de l'Assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3ème médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3ème médecin.

Article 14 : Risques exclus

Sont exclus de toutes les garanties :

Risque de guerre :

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire. Pour les risques survenant hors des états de l'Union Européenne, l'exclusion ne s'applique que dans les pays où la France est impliquée dans une action militaire ou de police, et si l'Assuré prend une part active à l'événement.

Autres risques :

- les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale ou de l'alcoolisme chronique de l'Assuré,
 - les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active,
 - les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.
- Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne

sont couverts que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,
- les conséquences de la participation de l'assuré à toutes compétitions et leurs essais comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- la pratique du parapente et du saut à l'élastique.

Exclusion spécifique à la garantie décès :

- le suicide de l'Assuré lors de la première année d'assurance, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de son logement principal. Dans ce cas, seule la partie du capital assuré excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant la première année d'assurance,

Exclusions spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- ne sont pas garantis les accidents ou maladies antérieurs à l'admission,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

Exclusions spécifiques aux garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale et de la garantie supplémentaire d'invalidité AERAS :

- ne sont pas garantis les accidents ou maladies antérieurs à l'admission,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- sont exclues les blessures ou lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf lorsqu'il s'agit de sports - autres que sports comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur - que pratique l'assuré ou de compétitions sportives auxquelles il prend part, dans les deux cas en tant qu'amateur,
- sont exclus les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- les prestations ne sont pas versées au cours de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail correspondant à la durée légale du congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L1225-17 du code du travail, que l'assurée y soit ou non assujettie,
- sont exclues les Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale consécutives :
 - à une dépression nerveuse ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou si l'Assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
 - à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatralgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, sauf si cette atteinte nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité.

Article 15 : Déclaration des sinistres et règlement des prestations

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible au courtier qui vous propose d'adhérer au présent contrat ou au Courtier Gestionnaire du contrat :

PRESTAVIE

BP 51815 - 44018 Nantes cedex 1

N° Orias 07 009 030

Pièces à fournir

En cas de décès

- un certificat médical et un extrait d'acte de décès,

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'assuré, sur l'imprimé de l'assureur,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale

- une attestation médicale remplie par le médecin traitant et l'assuré, sur l'imprimé de l'assureur

Si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé :

- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social de l'assuré
- les documents qui justifient de l'état d'incapacité totale de travail
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente de l'assuré.

Si l'assuré n'est pas salarié :

- les certificats médicaux d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude de sa demande.

Les sommes dues sont réglées par l'Assureur après réception de toutes les pièces justificatives sous réserve d'une prise en charge.

Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être déclarée dans un délai de six mois ; ce délai commence le premier jour de l'arrêt de travail.

Au-delà, l'Assureur fixe la date de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail au jour de la déclaration.

Article 16 : Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement. Cependant l'Assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion. Le taux de cotisation est variable et s'applique sur le capital restant dû à la date anniversaire du point de départ du prêt, compte-tenu de la quotité assurée. Le montant du capital restant dû est celui du dernier tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré.

Dans le mode de calcul des cotisations, l'âge de l'Assuré change à la date anniversaire de l'adhésion.

La cotisation peut être révisée par l'Assureur :

- au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré. Le nouvel échéancier sera porté à la connaissance de l'Assuré avant le 31 octobre précédant la modification. Dans le mois suivant cette notification, l'Assuré sera libre de résilier son adhésion en le signifiant à l'Assureur par simple lettre. A défaut, il sera réputé l'accepter.

- immédiatement en cas de modification de la taxe incluse dans les cotisations.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L 141-3 du Code des Assurances que, si 40 jours après son envoi, la ou les cotisations ou fractions de cotisations dues ne sont toujours pas payées, l'adhérent sera exclu du bénéfice du contrat sans autre formalité. Une copie de la lettre de résiliation sera adressée à chaque organisme prêteur.

Remboursement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente Totale.

En cas de sinistre Incapacité Temporaire Totale de Travail ou Invalidité Permanente Totale, l'Assuré continue à régler le montant de ses cotisations à l'Assureur. En revanche, ces cotisations lui sont remboursées dans le cadre de son indemnisation, par ajout de celles-ci à la mensualité prise en charge par l'Assureur.

Article 17 : Résidence - Voyages et séjours à l'étranger

Le postulant ne résidant pas en France métropolitaine ou dans les DOM TOM ne peut s'assurer que pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si son lieu de résidence se situe dans un pays membre de l'Union Européenne ou de l'OCDE.

Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de perte totale et irréversible d'autonomie, de garantie additionnelle d'invalidité AERAS et d'Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente Totale sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que la preuve en soit fournie au moyen de documents établis par l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'Assureur dans les conditions prévues au titre de l'article 13 "Contrôle médical – Arbitrage".

A défaut de preuve, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Les documents spécifiques ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine

Article 18 : Prescription

Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par dix ans pour la garantie Décès et par deux ans pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Permanente Totale et Incapacité Temporaire Totale de Travail, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 19 : Article L113-8 et L113-9 du Code des Assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou fausse déclaration non intentionnelle, il sera fait application des dispositions de l'article L 113-9 du Code des Assurances.

Article 20 : Loi applicable

La langue utilisée pendant toute la durée du contrat est le français. Le présent contrat d'assurance collective n° 5301 est régi par le droit français.

Article 21 : Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer au bénéfice de son admission par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur, dans un délai de 30 jours calendaires révolus suivant la date à laquelle il est informé que le contrat est conclu. L'intégralité des cotisations versées sera remboursée dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre recommandée rédigée comme suit : « Je soussigné(e) (nom, prénoms), demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon admission au contrat Allianz SOLASTER n° 5301 conformément aux dispositions prévues par l'article L132-5-1 du Code des assurances et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée soit (XX) euros. Fait à ..., le ... et signature de l'assuré ».

La renonciation met fin à l'admission.

Le défaut de remise des documents et informations énumérées à l'article L132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents.

Article 22 : Réclamation

Lorsque l'Assuré souhaite obtenir des précisions, le Courtier Gestionnaire PRESTAVIE est en mesure d'étudier au fond toutes ses demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses ne satisfont pas ses attentes, il peut adresser sa réclamation à :

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes
Case Courrier 1304

20, place de Seine – 92086 Paris La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au Médiateur, dont l'Assureur lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées, et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 23 : Autorité de contrôle

L'Assureur et le courtier gestionnaire sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61 rue Taitbout 75436 Paris CEDEX 09.

Article 23 : Informatique et Libertés - traitement des données personnelles

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la présente demande. Elles pourront aussi être utilisées, sauf opposition de votre part, dans un but de prospection pour les produits distribués par le groupe Allianz (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant soit en adressant votre demande à PRESTAVIE - Informatique et libertés - Service Clientèle - BP 51815 - 44018 Nantes Cedex 1 ou un fax au 0825 560 062.

La demande d'admission ainsi que le questionnaire de santé doivent être adressés à PRESTAVIE par courrier à l'adresse suivante :
PRESTAVIE – BP 51815 – 44018 Nantes Cedex 1