

Préambule

Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il décrit les dispositions du contrat d'assurance n° L.1021/0001 souscrit par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (A.G.I.S.) ci-après dénommée "AGIS" auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, ci-après dénommée "Swiss Life" ou "Assureur". Les conditions d'adhésion sont régies exclusivement par le droit français, par le Code des Assurances (branche 20 de l'article R.321-1), le contrat d'assurance collective, la présente notice d'information et les dispositions mentionnées sur le certificat d'adhésion.

1. Généralités

Définitions

■ Adhérent/Assuré :

L'Adhérent/Assuré est la personne physique, membre de l'AGIS, ayant demandé son adhésion au contrat N° L.1021/0001 pour la souscription des garanties assurées mentionnées sur le certificat d'adhésion et sur la tête de laquelle reposent les garanties souscrites par l' Adhérent dans le cadre de l'adhésion au contrat N° L.1021/0001. Elle est désignée ci-après "l'Assuré" et nommément désignée sur le certificat d'adhésion.

■ Emprunteur :

L'Emprunteur est la personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt.

■ Co-Emprunteur :

Le Co-Emprunteur signe le contrat de prêt avec l'Emprunteur. Il bénéficie du crédit au même titre que l'Emprunteur et est soumis aux mêmes obligations.

■ Caution :

La Caution s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

■ Prêteur :

Le Prêteur est la personne morale ou physique qui accorde le prêt à l'Assuré.

■ Bénéficiaire :

Sauf dérogation, le Bénéficiaire des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est le Prêteur.

■ Maladie :

Est considérée comme "maladie" toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

■ Accident :

Est considérée comme "accident" toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accident la blessure ou lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

1.1. Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de couvrir les risques de :

- Décès de l'Assuré,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré,
- Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'Assuré,
- Invalidité Permanente Totale de l'Assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale sont liées.

1.2. Personnes assurables :

L'assurance est ouverte, dans les conditions stipulées au contrat et rappelées ci-dessous, aux Adhérents résidant en France Métropolitaine, membres de l'AGIS, titulaires auprès d'un organisme financier d'une opération de crédit immobilier d'une durée au moins égale à un an ainsi qu'aux co-

emprunteur(s) et caution. Si l'Emprunteur est une personne morale, l'assuré est une personne physique désignée par l'Emprunteur en tant que personne clé de l'entreprise.

1.2.1. Résidence :

Toutefois, les personnes **françaises**, membres de l'AGIS résidant en Corse, à Monaco, en Guadeloupe, à la Réunion, en Polynésie française, en Allemagne, Belgique, Grande-Bretagne, Espagne, Portugal, Italie ou en Suisse peuvent adhérer et être assurées pour les seules garanties Décès et PTIA, sous réserve que le prêt à garantir soit : souscrit auprès d'un organisme financier situé dans l'UE ou la Suisse, libellé en euros et rédigé en français.

1.2.2. Opérations de prêts éligibles et Quotité assurée:

Les opérations de prêts éligibles au présent contrat sont les prêts immobilier amortissables avec ou sans différé, linéaires ou à paliers, à taux zéro, les prêts à taux variables capés à 2% maximum, et les prêts « In fine ». Les prêts relais d'une durée maximum de 36 mois, ainsi que les prêts à taux zéro peuvent également être couverts pour les seules garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les Prêts Professionnels (Hors Immobilier), ne peuvent être garantis dans le cadre de ce contrat.

La quotité du prêt assuré ne peut excéder 100% par Assuré. Elle s'applique à l'ensemble des garanties accordées à l'Assuré. Les assiettes de garanties définies au présent contrat s'entendent pour une quotité assurée de 100% du prêt.

Si le capital assuré mentionné au certificat d'adhésion est inférieur au montant du prêt, le capital restant dû assuré en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ainsi que le remboursement des échéances en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente et Totale est limitée à la quotité assurée.

Le contrat étant exclusivement lié à une opération de prêt, il ne peut donner lieu à une indemnisation supérieure à 100% en cas de sinistres touchant simultanément plusieurs assurés au titre d'une même opération de prêt.

1.3. Formalités d'admission

L'âge minimum d'entrée à l'assurance est fixé à 20 ans (âge réel).

L'âge maximum d'entrée à l'assurance est fixé à (âge réel) :

- 70 ans au plus pour souscrire à la garantie Décès,
- 60 ans au plus pour souscrire à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

- 60 ans au plus pour souscrire aux garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Totale.

Chaque Adhérent doit donner son consentement écrit à l'assurance sur la base d'une demande d'adhésion comportant un questionnaire rempli et signé.

Selon les réponses apportées et en fonction du montant des capitaux assurés, l'Assureur peut être amené à :

- demander des renseignements complémentaires (certificats ou examens médicaux), ou tout autre élément nécessaire à l'appréciation du risque,
- subordonner sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé,
- refuser sa garantie.

Si des examens médicaux sont demandés, les honoraires sont à la charge de l'Assuré et lui sont remboursés s'il accepte la proposition de l'Assureur ou si celle-ci est assortie d'une surprime ou de conditions restrictives.

L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'assurance dont l'Adhérent doit retourner un exemplaire signé, accompagné des copies du tableau d'amortissement et du contrat de prêt.

SELECT EMPRUNTEUR

1.3.1 Profession :

Certaines professions peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique ou d'une exclusion des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale.

1.3.2. Prêts en cours à l'adhésion :

Par dérogation et dans certaines conditions, un emprunteur peut demander à être assuré pour un prêt déjà mis en place :

■ Le candidat à l'assurance doit joindre à sa demande, les conditions de son acceptation à l'assurance en cours, **ainsi qu'un document émanant du Prêteur formalisant son accord sur le remplacement de l'assurance déjà en place.**

■ L'étude médicale est alors menée en fonction du montant initial emprunté.

■ **Les Frais médicaux liés à cette demande spécifique restent à la charge du candidat à l'assurance, en cas de non mise en place du contrat.**

1.4. Déclaration du risque

L'Assureur fonde ses engagements sur la foi des déclarations de l'Adhérent présumées exactes et sincères. L'Assuré ayant déclaré être non fumeur lors de l'adhésion est tenu d'informer l'Assureur s'il se met ou remet à fumer même occasionnellement en cours de contrat. Le renouvellement des garanties n'est acquis que sous condition du paiement de la nouvelle cotisation dans le délai prévu ci-dessous établie sur la base du tarif « fumeurs ».

L'Assuré est également tenu d'informer l'Assureur de tout changement de risque intervenu entre la date d'acceptation du risque par l'Assureur et la date d'effet du contrat.

Toute omission, réticence ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi entraîne la nullité de l'assurance conformément à l'article L.113-8 du Code des Assurances, les cotisations perçues restant intégralement acquises à l'Assureur.

1.5. Effet et durée des garanties

L'Assureur notifie son acceptation du risque et les conditions de son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion dont un exemplaire est destiné à l'organisme prêteur.

■ Si l'acceptation de l'Assureur est en tous points conforme à la demande d'adhésion, aux conditions normales de tarif et de garantie prévues par le contrat, l'Assurance prend effet à la date de première mise à disposition des fonds empruntés, sous réserve du paiement des cotisations.

■ Si l'Assureur subordonne sa garantie à des conditions spéciales pour risque aggravé, les garanties prennent effet à la date de réception par l'Assureur de l'accord sur les conditions d'assurance de l'Assuré, et de l'emprunteur s'il est différent de l'Assuré, sous réserve du paiement des cotisations. Pour ces conditions spéciales, la proposition de l'assureur est valable 4 mois à compter de la date d'établissement du certificat d'assurance qui mentionne les conditions spéciales. A défaut du retour d'un exemplaire du certificat d'assurance dûment complété et signé dans ce délai de 4 mois, le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.

■ Dans tous les cas, la mise à disposition des fonds empruntés doit intervenir dans les 180 jours suivant la date d'envoi du certificat d'adhésion, à défaut le contrat n'est pas formé, et la proposition de l'Assureur devient caduque.

Chaque Adhérent fait l'objet d'une assurance de risque renouvelée annuellement par tacite reconduction à chaque date anniversaire de son adhésion, au plus tard jusqu'à l'âge de 80 ans, sous réserve du paiement des cotisations. Il peut résilier son adhésion à chaque échéance anniversaire, sous réserve de l'accord de l'organisme financier, au moins un mois avant et d'être, à cette date, à jour de cotisation. La résiliation du contrat souscrit par l'AGIS auprès de Swiss Life n'entraîne pas la résiliation des adhésions en cours qui continuent à produire leurs effets dans les conditions prévues au contrat.

1.6. Modification des garanties

L'Assuré peut demander à tout moment l'augmentation (capital, échéance, durée de remboursement, souscription de garantie complémentaire non demandée lors de l'adhésion) ou la diminution de ses garanties :

■ Toute augmentation du risque couvert sera subordonnée au résultat de la sélection médicale demandée par l'Assureur et le complément de garantie sera assujéti aux mêmes règles, conditions et tarif qu'une nouvelle adhésion.

■ Toute diminution ou suppression de garantie sera subordonnée à une autorisation écrite du Prêteur auquel une délégation ou une mise en gage du présent contrat a été faite (la modification prendra effet à la date de réception par l'Assureur de l'autorisation écrite du Prêteur).

1.7. Modification du risque / Information de l'Assureur

1.7.1. Fausse déclaration

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'emprunteur est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 du code des assurances (réduction des indemnités).

1.7.2. Modification du risque

L'Assuré est tenu d'informer toute modification du risque (pratique sportive, profession, activité ou conditions d'exercice de celle-ci, pays de résidence, consommation de tabac, si tarif non-fumeur) et du changement de son domicile dans un délai de 60 jours à compter de la modification effective.

L'Adhérent est tenu d'informer l'assureur de toutes modifications relatives au(x) prêt(s) déclarés lors de l'adhésion, et ceci dans un délai de 60 jours suivant la date de prise d'effet des nouvelles caractéristiques du (des) prêt(s). En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.

Une modification du plan d'amortissement pendant une période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, ou d'Invalidité Permanente et Totale entraînant l'augmentation des échéances ne peut être prise en compte dans le montant des prestations servies.

1.8. Cotisations

Les cotisations sont appelées par l'Assureur. Comme le montant des prestations, elles sont basées sur le tableau d'amortissement en possession de l'Assureur. Elles sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent : mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. La première cotisation est payable après acceptation des conditions d'assurance. Elle est appelée à compter de la date prévue du déblocage des fonds telle qu'indiquée sur la demande d'adhésion.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assurance est résiliée 40 jours après l'envoi d'une lettre recommandée par l'Assureur conformément à l'article 141-3 du Code des Assurances.

Une copie de la lettre de résiliation sera adressée à l'Organisme Prêteur.

1.9. Bénéficiaire

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat, le Bénéficiaire, réputé acceptant, est le Prêteur à concurrence des sommes dues par l'Adhérent. La désignation d'un autre bénéficiaire par acte notarié (clause séquestre) ou déclaration spécifique devra, pour être recevable, faire l'objet d'un accord formalisé du Prêteur.

SELECT EMPRUNTEUR

2. Assurances décès

2.1. Garanties accordées

En cas de décès de la personne assurée survenant avant la fin de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 80 ans, l'Assureur verse à l'organisme financier le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant le décès, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle du décès.

En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant du capital restant dû sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.

2.2. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de décès sont assurés, quelle qu'en soit la cause, à l'exception des risques suivants :

■ **L'ivresse ou l'éthylisme de l'Assuré, l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants à doses non prescrites par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,**

■ **Le suicide conscient ou inconscient pendant la première année qui suit l'adhésion, le fait intentionnel du bénéficiaire. Toutefois, lorsque le contrat d'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, le risque de suicide est garanti dès la souscription dans la limite d'un plafond fixé par l'article R 132-5 du Code des Assurances.**

■ **La participation à des rixes ou émeutes, crimes et délits (y compris les infractions au Code de la Route),**

■ **La guerre civile : l'Assureur devra prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, de la participation à un acte terroriste ou de sabotage, à une émeute ou à un mouvement populaire,**

■ **La guerre étrangère : il appartient à l'Assuré ou aux bénéficiaires de prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère,**

■ **Les engins de guerre ou, d'une manière générale, toute arme de détention interdite, dont l'Assuré serait détenteur ou possesseur ou qu'il manipulerait volontairement,**

■ **Les effets des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,**

■ **Toute source de rayonnement ionisant, lorsque l'Assuré y est exposé de manière prévisible, fut-ce par intermittence,**

■ **Les risques aériens :**

▶ **Dans le cadre de compétitions, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai et vols sur prototypes, vols sur deltaplane, tentatives de record et sauts en parachutes,**

▶ **La navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même,**

■ **La participation ou la préparation à un match, un pari, un défi, un concours ou une tentative de record,**

■ **La pratique de courses de vitesse, de compétitions ou essais avec un véhicule ou une embarcation à moteur,**

■ **La pratique d'un sport à titre professionnel.**

3. Assurance perte totale et irréversible d'autonomie

3.1. Définition

Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tout Assuré qui est reconnu définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui

procurant gain ou profit et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

3.2. Garanties accordées

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de la personne assurée avant la fin de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard à ses 65 ans, l'Assureur verse à l'organisme financier, à la date de reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de reconnaissance de la Perte Totale et irréversible d'Autonomie.

En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant du capital restant dû sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.

3.3. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques suivants :

■ **la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie occasionnée par un événement non couvert en risque de décès, (paragraphe 2.2),**

■ **la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie due à un fait ou à un engin de guerre en temps de guerre, ou provoquée par l'Assuré en se blessant intentionnellement ou en tentant de se suicider.**

4. Assurance incapacité temporaire totale de travail

4.1. Définition

Un Assuré est en Incapacité Temporaire Totale de travail s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité physique totale et continue, médicalement constatée, d'exercer toute activité professionnelle rémunérée.

L'Assuré au chômage ou n'exerçant pas d'activité professionnelle ne peut être couvert par la garantie.

Le montant de la prestation Incapacité Temporaire Totale de travail est plafonné à 16.000 € par mois pour l'ensemble des prêts assurés pour un même emprunteur dans le cadre de ce contrat.

4.2. Garanties accordées

Les prestations sont dues après une période, appelée franchise, fixée à 90 jours ininterrompus d'incapacité temporaire totale de travail survenant avant l'âge de 65 ans, tant que subsiste cette incapacité, au plus tard jusqu'au 1095e jour ou au 65ème anniversaire.

L'Assureur verse à l'organisme financier les termes périodiques de remboursement du prêt, à raison de 1/360e du versement annuel ou annualisé par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

■ **Pendant la période de différé d'amortissement : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée.**

■ **Pendant la période d'amortissement : Le montant des échéances de remboursement prévues à l'échéance du tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée.**

■ **Prêt In fine : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée, la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.**

SELECT EMPRUNTEUR

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt.

En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.

4.3. Risques assurés - risques exclus

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis à l'exception des risques suivants :

■ **L'Incapacité Temporaire Totale de Travail occasionnée par un événement non couvert en risque de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,**

■ **Les accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et non déclarés à l'adhésion ainsi que ceux qui sont formellement exclus sur le certificat d'adhésion,**

■ **Toute pathologie rachidienne (cervico-dorso-lombosacrée), ostéo-articulaires, disco-radiculaires et musculaire n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 15 jours consécutifs, sauf s'il s'agit d'une fracture ou d'une entorse.**

■ **Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement, sauf ceux ayant nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs.**

■ **Les séjours et hospitalisations dans les maisons de retraite, de repos, de convalescence ou de rééducation (sauf les séjours consécutifs à un accident ou une maladie couverts par le contrat),**

■ **Les traitements esthétiques, d'amaigrissement, de rajeunissement, ainsi que les cures de toutes natures,**

■ **Toute grossesse, ses suites et conséquences sauf en cas de grossesse pathologique (aucune indemnisation pendant la durée légale du congé maternité, la franchise s'appliquant au terme de ce congé),**

■ **La pratique de sports automobiles, sports aériens, sports de combat, sports de neige (sauf pratique sur piste du ski alpin, ski de fond, monoski et surf),**

■ **La pratique de l'escalade, de la randonnée en montagne au-delà de 3000 mètres, de la spéléologie, du canyoning,**

■ **La pratique de l'équitation avec sauts d'obstacle, de la voile à plus de 20 miles des côtes, de la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur.**

5. Assurance invalidité permanente totale

5.1. Définition

Un Assuré est en Invalidité Permanente Totale s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'impossibilité permanente totale d'exercer toute activité professionnelle ou toute occupation susceptible de lui procurer gain ou profit. Le taux d'invalidité ouvrant droit aux prestations doit être au moins égal à 66 %.

Le montant assuré en Invalidité Permanente et Totale est plafonné à 16.000 € par mois.

5.2. Garanties accordées

La franchise prévue au paragraphe 4.2 ci-dessus sera appliquée à compter de la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale, si celle-ci n'est pas consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail, objet du paragraphe 4 ci-dessus, déjà indemnisée au titre du présent contrat.

L'Assureur verse à l'organisme financier les termes périodiques de remboursement du prêt, à raison de 1/360e du versement annuel ou annualisé par jour d'invalidité justifié de la personne assurée, chaque mois entier étant compté pour 30 jours.

Tant que le taux d'invalidité est au moins égal à 66 %, l'Assureur verse :

■ Pendant la période de différé d'amortissement : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée pendant une durée maximum de deux ans.

■ Pendant la période d'amortissement : Le montant des échéances de remboursement prévues à l'échéance du tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée.

■ Prêt In fine : Les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée, la garantie IPT ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

Les termes périodiques sont ceux du tableau d'amortissement d'origine ou de celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt.

En cas de prêt à taux variable, le tableau d'amortissement retenu pour déterminer le montant de l'échéance sera celui ayant servi à calculer le montant de la cotisation d'assurance sur la période.

5.3. Risques assurés - risques exclus

Les exclusions sont celles de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail figurant au paragraphe 4.3. Ci-dessus

5.4. Evaluation du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par estimation d'ordre médical en fonction de l'incapacité fonctionnelle physique ou mentale et de l'incapacité professionnelle tenant compte de la profession exercée et des possibilités d'exercice d'une profession différente selon le barème ci-après exprimé en pourcentage, (barème du " concours médical " de 1982).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en premier lieu, par une estimation d'ordre médical, en dehors de toute considération professionnelle ; il est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi ensuite par estimation d'ordre médical. Il est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités d'exercice d'une profession différente.

Le taux d'invalidité est toujours susceptible d'être révisé (diminution ou aggravation). Le nouveau taux résulte de l'application du barème, en tenant compte du nouveau taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle déterminé lors de la nouvelle estimation.

Pour autant que le nouveau taux soit au moins égal à 66 %, la prise en charge des termes périodiques de remboursement du prêt par l'Assureur interviendra, à partir de l'échéance suivant la constatation de cette modification du nouveau taux d'invalidité.

Taux d'Incapacité Professionnelle (%)	Taux d'Incapacité Fonctionnelle (%)				
	60	70	80	90	100
30					66,94
40				68,68	73,68
50			68,40	73,99	79,37
60		66,49	72,69	78,62	84,34
70		70,00	76,52	82,79	88,79
80	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

6. Convention AERAS

6.1. Objet de la convention

Les Assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du contrat, (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Ces demandes d'adhésions sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée dans les 72 heures sous réserve de l'envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (Questionnaire médical complet et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier).

En cas de refus de toute garantie en niveau 2, sous réserve que l'encours cumulé des prêts à assurer n'est pas supérieur à 300 000 euros, et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans, le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

6.2. Garantie substitutive Invalidité Fonctionnelle Permanente

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie substitutive peut être proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente et Totale ont été refusées pour des raisons médicales.

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

L'Invalidité Fonctionnelle Permanente prévoit la couverture d'une Invalidité Fonctionnelle égale ou supérieure à 80% conformément à la définition ci-dessous :

L'invalidité fonctionnelle est définie comme la perte d'usage des fonctions physiques ou psychiques de l'assuré. Elle est établie par accord ou expertise entre les parties, d'après le barème de droit commun, (barème du " Concours Médical " de 1982), quelle que soit la profession de l'assuré.

En cas d'Invalidité fonctionnelle de l'assuré(e) reconnue égale ou supérieure à 80 % par une expertise médicale effectuée par un médecin désigné par l'assureur, avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, l'Assureur verse à l'organisme financier, selon la quotité assurée, le montant du capital restant dû selon le tableau d'amortissement d'origine ou celui en vigueur dans les termes initiaux du contrat de prêt à la date de l'échéance précédant la reconnaissance par l'Assureur de ladite Invalidité, augmenté des intérêts contractuels courus de la date de cette échéance à celle de la reconnaissance de ladite Invalidité.

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques suivants :

- L'invalidité fonctionnelle occasionnée par un événement non couvert en risque de décès, (paragraphe 2.2),
- L'invalidité fonctionnelle due à un fait ou à un engin de guerre en temps de guerre, ou provoquée par l'Assuré en se blessant intentionnellement ou en tentant de se suicider.

Retrouvez toutes les informations sur la convention AERAS sur le site www.aeras-infos.fr

7. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- En cas de non paiement de la cotisation ;
- A la date d'exigibilité ou de remboursement du prêt ;
- A la date de survenance de tout événement susceptible de rendre le prêt exigible au sens du contrat de prêt, y compris pour les prestations en cours ;
- A la fin de l'année d'assurance en cours, en cas de résiliation par l'Assuré de son adhésion ;
- Au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Adhérent atteint l'âge :
 - ▶ de 80 ans pour la garantie Décès,
 - ▶ l'âge auquel lui est attribuée sa pension vieillesse par son régime de base et au plus tard à l'âge de 65 ans pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail, et Invalidité Permanente Totale.

8. Procédure en cas de sinistre

Tout sinistre doit être déclaré dans les plus brefs délais à l'Assureur à l'adresse suivante : SPB - Département Santé - 76095 Le Havre Cedex Tél. 0 825 000 089 - e-mail : selectemprunteur@spb.eu

La déclaration doit être accompagnée de tous documents nécessaires à l'instruction du dossier. Les pièces à fournir sont principalement :

■ En cas de décès

- ▶ La déclaration de décès sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- ▶ Un acte de décès ou une fiche familiale d'Etat Civil faisant mention du décès,
- ▶ Un certificat médical précisant la cause du décès (maladie, accident ou suicide),
- ▶ En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.

■ En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- ▶ La déclaration de PTIA sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- ▶ Un certificat du médecin traitant faisant connaître la nature de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'invalidité ainsi que la date à laquelle elle a revêtu la forme de PTIA, certifiant l'incapacité absolue et définitive pour l'assuré d'exercer une activité quelconque et la nécessité d'être assisté en permanence d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie,
- ▶ La notification de l'organisme de couverture sociale attestant l'admission en invalidité permanente et totale et précisant que l'assistance d'une tierce personne est nécessaire.
- ▶ En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi.

■ En cas d'incapacité temporaire totale de travail- invalidité permanente totale :

En cas d'incapacité temporaire de travail

- ▶ La déclaration d'incapacité temporaire totale de travail par suite de maladie ou d'accident sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- ▶ L'attestation médicale d'incapacité temporaire totale de travail par maladie ou accident sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- ▶ Un certificat médical détaillé et toutes pièces justificatives notamment, pour les salariés, les bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale, pour les personnes non affiliées au régime général une attestation de l'employeur

SELECT EMPRUNTEUR

précisant la date de l'arrêt de travail, pour les non salariés un relevé d'indemnités délivré par leur organisme social,

► En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi. En outre, pour les Assurés salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance.

En cas d'invalidité permanente totale

► Si l'assuré est salarié affilié au régime général de la sécurité sociale : la notification d'attribution de la pension et les justificatifs de versements correspondants, si l'assuré est non salarié, fonctionnaire ou non affilié au régime général de la sécurité sociale : un certificat médical détaillant l'état d'invalidité, état que l'Assureur reconnaît à la suite d'expertises médicales périodiques,

► En cas d'accident, les rapports d'expertises médicales ou judiciaires, ainsi qu'une copie du procès verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'un d'entre eux a été établi. Un certificat médical détaillé établi par le médecin de l'Assuré précisant la nature et l'origine de l'invalidité.

Tout arrêt de travail ouvrant droit aux prestations déclaré au-delà de 180 jours comptés à partir de la date de sa survenance est considéré comme étant survenu le jour où la déclaration en a été faite. Toutefois, il n'est pas fait application du délai de franchise.

9. Contrôle

L'Assureur se réserve le droit de demander, sauf opposition justifiée, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires et de faire vérifier à toute époque l'état d'invalidité ou d'incapacité de travail de l'Assuré.

Aussi longtemps que les pièces à l'appui n'ont pas été produites et qu'il n'a pas été fait droit aux demandes de l'Assureur, aucune prestation n'est exigible.

10. Délai de renonciation

L'Adhérent peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation. Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à SPB - Département Santé - 76095 Le Havre Cedex, établie selon le modèle suivant:

Je soussigné(e), (Nom et Prénom.....), né(e) le, demeurant à, désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance N° du pour laquelle j'ai effectué un versement de €. Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des Assurances. Date et Signature.

Les garanties prévues dans le cadre de l'adhésion cessent immédiatement leurs effets à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

L'Assureur avertira par écrit l'organisme financier.

11. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L.114-1 du Code des Assurances). Ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne différente de l'Adhérent.

Cette prescription est interrompue dans les conditions prévues à l'article L.114-2 du Code des Assurances, par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment l'envoi d'une

lettre recommandée avec accusé de réception, ou par la saisine du Médiateur.

12. Médiation

Les réclamations des Adhérents, des Assurés et de leurs bénéficiaires concernant l'application du contrat sont à formuler par écrit auprès du Secrétariat Général de Swiss Life - 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08

Si un désaccord subsiste, le différend est soumis à l'avis du médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont l'adresse sera communiquée par le Secrétariat général de Swiss Life.

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout- 75009 PARIS.

13. Loi informatique et liberté

Conformément à l'article 32 de la loi du 06/01/1978, dite "Informatique et libertés", modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SPB - Département Santé - 76095 Le Havre Cedex, auprès duquel vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée. Les données personnelles recueillies sont indispensables et seront exclusivement utilisées, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel, pour le suivi de votre dossier par le groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires et Réassureurs, de l'information. Le défaut de réponse aux informations demandées peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Compte tenu de ses obligations légales, le responsable du traitement met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.



SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :

86, boulevard Haussmann
75380 Paris Cedex 08

SA au capital de
141.494.381,54 €

Entreprise régie par le
Code des Assurances
341.785.632 RCS Paris