

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - BASE JURIDIQUE DU CONTRAT

DESTINATION CREDIT est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative. Il est souscrit par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité "AGIS" auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, et SwissLife Prévoyance et Santé, dont les sièges sont domiciliés au 86, boulevard Haussmann, 75380 Paris Cedex 08, entreprises régies par le Code des Assurances, ci-après dénommées "l'Assureur", sous la référence L.1017/0001.

Le contrat L.1017/0001 est un contrat d'assurance sur la vie, relevant des branches 16 et 20, régi par la législation fiscale française, les dispositions du Code des Assurances, les présentes dispositions générales et les dispositions particulières et personnelles du certificat d'adhésion. Celui-ci est établi sur la base des déclarations de l'Assuré et de l'Adhérent.

Le contrat L.1017/0001 a pris effet le 1^{er} Septembre 2007 pour une première période se terminant le 31 décembre 2007. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction à chaque 1^{er} janvier, sauf dénonciation préalable de l'une des parties, par lettre recommandée avec avis de réception, 6 mois avant la date de renouvellement.

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions dont la date d'effet au Certificat d'Adhésion est antérieure à la date de résiliation dudit contrat sont maintenues en vigueur jusqu'à leur expiration naturelle. En tout état de cause, ce contrat est résilié de facto lorsqu'il n'y a plus aucune adhésion en cours.

Les services administratifs de l'Assureur restent à la disposition des Assurés pour répondre à leurs questions et apporter des précisions quant aux modalités d'application du présent contrat.

Article 2 - DÉFINITIONS

Adhérent : l'Adhérent est une personne physique ou morale intervenant dans une opération de crédit en tant qu'emprunteur, co-emprunteur, ou caution. L'Adhérent s'engage à payer les cotisations.

Assuré : personne physique ayant signé la demande d'adhésion, répondant aux conditions d'admission et sur laquelle reposent les garanties souscrites.

Bénéficiaire : La ou les personnes physiques ou morales désignées aux dispositions particulières du contrat, ou par défaut aux dispositions générales de celui-ci, pour recevoir lors de la réalisation du risque, les prestations prévues au contrat.

Caution : personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par le (co)-emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Emprunteur : Personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt.

Co-Emprunteur : La ou les personnes qui signent le contrat de prêt avec l'Emprunteur. Elles bénéficient du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations.

Prêteur : personne morale ou physique qui accorde le prêt à l'Assuré.

Accident : Toute atteinte corporelle et non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de ses bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'organisme de l'Assuré. Ne sont donc pas des accidents au terme du contrat: le suicide et les suites et conséquences des tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. Ainsi, les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les attaques et hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des accidents.

Âge de l'assuré : l'âge de l'Assuré à toute date du contrat est son âge réel.

Définition des 4 actes de la vie quotidienne :

Faire sa toilette : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles

S'alimenter : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.

S'habiller : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

Se déplacer : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.

Dépendance Totale : Est reconnu en état de Dépendance Totale l'assuré dont l'état de santé est consolidé et qui satisfait à la condition suivante: l'assuré se trouve dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne définis ci-après. En outre, lorsque l'incapacité d'effectuer les actes de la vie quotidienne est d'origine neuropsychiatrique, celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test "Mini Mental State Examination" de Folstein.

Hospitalisation : Tout séjour prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence, des centres de thermalisme), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

Incapacité Temporaire et Totale (ITT) : L'assuré est reconnu en ITT suite à une maladie ou un accident lorsqu'il se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle et qu'il n'exerce aucune autre activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

Invalidité Permanente et Partielle (IPP) : L'Assuré est reconnu en IPP suite à une maladie ou un accident lorsque, après consolidation de son état et avant 65 ans, il présente un taux d'invalidité selon le barème croisé du Concours Médical compris entre 33% et 66% inclus, et se trouve dans l'impossibilité permanente d'exercer à temps plein toute activité professionnelle quelle qu'elle soit ou toute occupation, même de surveillance ou de direction, susceptibles de lui procurer salaire, gain ou profit.

Invalidité Permanente et Totale (IPT) : L'Assuré est reconnu en IPT suite à une maladie ou un accident lorsque après consolidation de son état et avant 65 ans, il présente un taux d'invalidité selon le barème croisé du Concours Médical supérieur à 66% et se trouve

dans l'impossibilité permanente d'exercer, même à temps partiel, toute activité professionnelle quelle qu'elle soit, ou toute occupation, même de surveillance ou de direction, susceptibles de lui procurer salaire, gain ou profit.

Invalidité Professionnelle (IPPRO) : L'Assuré est reconnu en IPPRO suite à une maladie ou un accident lorsque après consolidation de son état il est reconnu atteint de l'une des affections ou infirmités suivantes : aliénation totale incurable, cécité complète, surdité totale des deux oreilles, hémiplegie organique complète, désarticulation ou ankylose de l'épaule, paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial, au-dessus du triceps, amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet, amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet, pseudarthrose lâche du bras, du coude, de l'avant-bras droit, perte de la main, du pouce ou de la phalange terminale, de l'index, du médium, de l'auriculaire, des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse), amputation de la cuisse au tiers moyen, pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe.

Invalidité Professionnelle du pharmacien (IP Pharma) : L'Assuré, si son prêt rentre dans le cadre respectivement d'un financement d'officine ou d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale, est reconnu en IPPharma si, après au moins une année continue d'arrêt de travail, il lui est reconnu un taux d'invalidité fonctionnelle selon le barème du "Concours Médical" supérieur ou égal à 66% et qu'il a à ce titre fait l'objet d'une interdiction définitive, ou d'une suspension supérieure à 24 mois, d'exercer par une décision du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens en application des articles L5125-21 et R4221-15 du Code de la Santé Publique.

Maladie : toute altération de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

Période de carence : Période à compter de la date d'effet de la garantie pendant laquelle la survenance d'un Sinistre, identifié par la date de son fait générateur, ne fera pas l'objet d'une prise en charge par l'Assureur.

Période de franchise : En cas de Sinistre, période à compter de la date d'arrêt de travail ou de la consolidation de la Dépendance pendant laquelle les prestations ne sont pas dues par l'Assureur.

Perte d'emploi : L'Assuré est considéré en Perte d'Emploi lorsqu'il a la suite d'un licenciement à l'initiative de son employeur, il est admis par les ASSEDIC au bénéfice de l'Allocation de base (hors allocations spécifiques).

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : L'assuré est reconnu en PTIA, consolidé avant l'âge de 65 ans, lorsqu'il se trouve à la suite d'une maladie ou d'un accident, médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain et profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins 3 des 4 des actes de la vie quotidienne définis ci-dessous.

Quotité : la quotité du prêt assurée est égale au rapport entre le Capital assuré mentionné au certificat d'adhésion et le montant emprunté.

Sinistre : Réalisation d'un événement prévu au contrat. Constitue un seul et même Sinistre l'ensemble des réclamations se rattachant à un même fait générateur. En particulier, un arrêt de travail identifié comme la rechute, au sens du contrat, d'un précédent arrêt de travail est rattaché au Sinistre associé à ce précédent arrêt de travail.

Article 3 - OBJET DU CONTRAT

Selon les garanties souscrites lors de l'adhésion par l'Assuré, le contrat d'assurance L.1017/0001 a pour objet de garantir le Bénéficiaire contre les risques Décès, PTIA, ITT, IPT, IPPRO, IPPharma, Perte d'Emploi sur la tête de l'Assuré et pour un montant défini par rapport à une opération de prêt associée au contrat.

3.1 Garanties :

Le contrat d'assurance couvre, dans les conditions indiquées au contrat :

> à titre principal obligatoire : le paiement d'un capital en cas de Décès ou de PTIA

> à titre complémentaire facultatif :

- le paiement des montants d'échéances successives d'annuités, d'intérêts ou de loyer, cotisations d'assurance incluses, en cas d'ITT, d'IPP, d'IPT, Dépendance Totale ou Perte d'Emploi.

- le paiement d'un capital en cas d'IPPRO ou d'IPPharma.

La garantie ITT ne peut être souscrite qu'en complément à l'une des garanties IPT, IPPRO, IPPharma.

- La garantie IPP ne peut être souscrite qu'en complément à la garantie IPT.

Par ailleurs, en cas d'ITT, IPP ou IPT, l'Adhérent peut opter :

- pour une prestation couvrant les échéances de prêt cotisations d'assurances comprises dans la mesure de la quotité assurée, ou

- pour l'option Perte de Revenus limitant cette même prestation à la perte de revenus de l'Assuré telle que définie au contrat.

3.2 Opérations de prêt et de crédit bail éligibles :

Les opérations de prêt éligibles à la couverture sont : les prêts amortissables ou à taux zéro, in-fine ; Les opérations de crédit-bail (loyers à échoir et valeur résiduelle) ; Les prêts relais de durée maximale 24 mois et pour les seules garanties Décès et PTIA ; le taux des prêts peut être fixe ou variable "capé" à 2.5%.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

3.3 Montants minimaux et maximaux assurables :

Les montants minimum et maximum des capitaux assurés s'élèvent à respectivement :
> 15 000 € à 7 500 000 € pour le Décès et la PTIA,
> 7 500 € à 3 000 000 € pour l'IPPRO et IP Pharma,

Les montants maximaux d'échéance mensuel assuré s'élèvent à :
> 7 500 € pour l'ITT, l'IPP, l'IPT,
> 2 000 € pour la Dépendance Totale.

Article 4 - CONDITIONS D'ADHÉSION

4.1 Personnes assurables :

Les personnes assurables sont les Emprunteurs, Co-emprunteurs, cautions. Si l'Emprunteur est une personne morale, une personne physique désignée par celle-ci est assurable si elle représente un élément primordial à la bonne marche et la stabilité de la personne morale.

4.2 Age minimal à l'adhésion :

Toute personne souhaitant être assurée doit être au moins âgée, à l'adhésion, de :

- 18 ans pour les garanties Décès, PTIA, ITT, IPP, IPT et Perte d'Emploi ;
- 25 ans pour la garantie IPPRO et IP Pharma;
- 55 ans pour la garantie Dépendance

4.3 Age maximal à l'adhésion :

Toute personne souhaitant être assurée doit être au plus âgée, à l'adhésion, de :

- 85 ans pour les garanties Décès;
- 75 ans pour la garantie Dépendance Totale ;
- 60 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPP, IPT, IP Pharma;
- 55 ans pour les garanties IPPRO et Perte d'Emploi ;

4.4 Résidence :

Les personnes résidant en France Continentale peuvent adhérer et souscrire les garanties Décès, PTIA, ITT, IPP, IPT, IPPRO, IP Pharma, Perte d'Emploi.

Les personnes françaises résidant à Monaco, en Corse, dans les DROM ou les COM, 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, l'EEE ou la Suisse, libellé en euros et rédigé en français.

4.5 Quotité :

La quotité du prêt assuré ne peut excéder 100% par Assuré. Elle s'applique à l'ensemble des garanties accordées à l'Assuré, sauf à la garantie Dépendance pour laquelle l'Adhèrent peut opter pour une quotité inférieure. 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/PTIA/IPPRO/IPPharma ou le remboursement des échéances en ITT/ IPP/ IPT est limité à la quotité assurée.

Pour un même contrat de prêt, les garanties peuvent être réparties sur plusieurs assurés, dans les proportions précisées sur la demande d'adhésion. Les contrats étant exclusivement liés à une offre de prêt, ils ne peuvent donner lieu à une indemnisation supérieure à 100% en cas de sinistres concomitants pour deux assurés ou plus d'un même contrat de prêt.

4.6 Profession :

Toute personne souhaitant être assurée au titre des garanties ITT/IPP/IPT/IPPRO/IP Pharma doit exercer une activité professionnelle rémunérée (de pharmacien d'officine dans le cas de la garantie IP Pharma) sans aménagement du temps ou des conditions de travail pour raisons de santé à la date d'adhésion à ces garanties.

La garantie IPPRO est ouverte uniquement aux assurés exerçant une profession libérale figurant dans la liste suivante : médecin généraliste, médecin spécialiste, chirurgien, chirurgien-dentiste, vétérinaire.

La garantie IPPharma est ouverte uniquement aux assurés pharmaciens diplômés, inscrits à l'Ordre, en activité à la date du premier arrêt de travail et exerçant comme pharmacien d'officine ou Directeur de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

4.7 Prêts en cours à l'adhésion :

Pour toutes les garanties, une période de carence de 3 mois pour les sinistres non accidentels est appliquée aux prêts en cours au moment de l'adhésion.

4.8 Formalités d'admission :

Le formulaire de Demande d'Adhésion doit être rempli, daté et signé par l'Adhèrent et l'Assuré. L'Assuré doit en outre répondre à un questionnaire de santé et éventuellement se soumettre à des formalités médicales ou répondre à un questionnaire de sélection financière.

Si l'assuré est Caution, l'acte de cautionnement est requis. Si le Prêteur est une personne physique, l'acte notarié associé et la déclaration faite au Trésor public sont requis.

Les formalités médicales sont valables 4 mois à compter de leur date d'établissement. Elles sont remboursées à l'Adhèrent dans les cas suivants : l'Assurance se matérialise, l'Assureur refuse la garantie, l'Assuré refuse la surprime et/ou l'exclusion de pathologies requises par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires (s'il s'agit d'informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur), de refuser, de supprimer ou de limiter

certaines garanties dans le respect des règles de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé).

L'Assuré doit, à l'adhésion, compléter avec soin les documents qui lui sont remis et déclarer exactement tous les faits et circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge, sous peine de nullité du contrat. L'Assuré est également tenu d'informer l'Assureur de tout changement de risque intervenu entre la date de la Demande d'Adhésion et la date d'acceptation du risque par l'Assureur puis entre cette date et la date d'effet du contrat.

En effet, une déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Au vu de la Demande d'Adhésion et des formalités médicales, l'Assureur soit accepte l'adhésion ou la refuse ou informe l'Assuré de conditions spécifiques d'adhésion par la notification des surprimes et/ou des exclusions par lettre.

Si l'Assureur accepte le risque ou si l'Assuré accepte par écrit les conditions spécifiques d'adhésion notifiées par l'Assureur en retournant celles-ci datées et signées dans les 90 jours qui suivent leur envoi, celui-ci adresse à l'Adhèrent le Certificat d'Adhésion. Le Certificat d'Adhésion précise en particulier les garanties souscrites, les montants assurés au cours de la durée du prêt ou crédit-bail, leur date d'effet, les éventuelles conditions spécifiques d'adhésion ainsi que les bénéficiaires désignés. L'Adhèrent informe le plus diligemment de la date de déblocage des fonds.

Si l'Assureur refuse l'adhésion ou si l'Assuré ou l'Adhèrent n'acceptent pas dans le délai prescrit les conditions spécifiques d'adhésion notifiées par l'Assureur, l'Assureur rembourse les sommes perçues lors de la Demande d'Adhésion en excès de la participation aux frais de dossier.

L'adhésion aux garanties ITT/IPP/IPT/IPPRO/IP Pharma/Dépendance Totale postérieurement à la prise d'effet du contrat requiert les formalités d'une nouvelle adhésion et une sélection médicale sur la base de la somme du capital restant dû en cours et de l'éventuel supplément de capital.

La garantie Perte d'emploi ne peut être souscrite postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

4.9 Garantie temporaire Décès Accidentel :

Pour le cas où il y aurait un engagement de l'Adhèrent vis-à-vis du Prêteur à la date de la Demande d'Adhésion, une garantie temporaire Décès d'origine accidentel (Décès Accidentel) est accordée par l'Assureur à la date d'effet le lendemain zéro heure de la date de réception par l'Assureur de la Demande d'Adhésion accompagnée du paiement par avance de la première cotisation. Le montant assuré est le montant emprunté dans la limite de 300 000 Euros. Les exclusions applicables à cette garantie sont celles correspondant à la garantie Décès. Les formalités applicables en cas de Sinistre sont celles applicables en cas de Décès Accidentel accompagnée de la preuve de l'existence d'une offre de prêt en faveur de l'Adhèrent et acceptée par lui à la date de la Demande d'Adhésion. Cette garantie échoit à la date d'émission du Certificat d'Adhésion ou à la date de notification du refus de l'adhésion par l'Assureur et, au plus tard, 60 jours à compter de la réception par l'Assureur de la Demande d'Adhésion accompagnée du paiement par avance de la première cotisation.

Article 5 - BÉNÉFICIAIRES

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'Adhèrent.

Le bénéfice du solde résiduel, le cas échéant, revient à toute personne désignée au Certificat d'Adhésion, par défaut à la Demande d'adhésion, par défaut:

- Pour la garantie Décès : si l'Assuré est l'Adhèrent, aux Co-emprunteurs au prorata de leur quotité relative, par défaut au conjoint non séparé de corps, par défaut, aux enfants survivants à parts égales, par défaut aux ascendants survivants à parts égales, par défaut aux héritiers; Si l'Assuré n'est pas l'Adhèrent : à l'Adhèrent

- Pour les garanties PTIA/ITT/IPP/IPT/IPPRO/IPPharma/Dépendance Totale : à l'Adhèrent. Un autre bénéficiaire peut être désigné en lieu et place du Prêteur, si celui-ci y consent par écrit.

Article 6 - DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion. Cette date, en tout état de cause, ne peut être antérieure à la date la plus avancée des dates d'événements suivants :

- acceptation de l'adhésion par l'Assureur,
- réception par l'Assureur de l'acceptation par l'Assuré et l'Adhèrent des conditions spécifiques d'adhésion,
- paiement de la première cotisation,
- acceptation par l'Adhèrent de l'offre de prêt ou de crédit-bail signée auprès du Prêteur, et au plus tôt, pour les prêts à l'émission, à la date du premier déblocage des fonds par le Prêteur. Cependant, en cas de Décès de l'Assuré entre la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'Adhèrent et la date de déblocage des fonds, le présent contrat produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour lequel le prêt est consenti demeure.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La garantie Dépendance Totale est différée au lendemain à 0 heure de la date de cessation de la garantie PTIA, soit à la cessation d'activité professionnelle, départ ou mise à la (pré)retraite et au plus tard à la date anniversaire de l'effet du contrat pour laquelle l'âge de l'assuré, calculé par différence de millésime, atteint 65 ans.

L'adhésion à la garantie Dépendance Totale est assortie d'un délai de carence de 3 ans pour la démence sénile ou la maladie d'Alzheimer et de 1 an pour les autres maladies.

L'adhésion aux garanties IPPRO ou IP Pharma, qu'elle soit liée à une adhésion à la garantie ITT ou non, est assortie d'une période de carence de 1 an pour les maladies

L'adhésion à la garantie Perte d'emploi est assortie d'une période de Carence de 180 jours

Pour les Assurées enceintes ou en congé maternité (ou assimilé pour les non-salariés) ou les Assurés en congé parental d'éducation à l'adhésion, une période de carence est appliquée aux garanties ITT/IPP/IPT/IP Pro/IP Pharma jusqu'à la reprise effective du travail postérieurement à la naissance de l'enfant.

La réalisation pendant la période de carence d'un événement exclu par cette même carence entraîne le remboursement par l'Assureur des primes de la garantie impliquée.

Les accidents et maladies survenus avant la date d'effet du contrat sont garantis s'ils ont été déclarés lors de l'adhésion et non expressément exclus sur le certificat d'adhésion.

Les garanties se renouvellent annuellement, par tacite reconduction, à la date anniversaire du contrat, jusqu'au terme de la durée de l'assurance mentionnée au Certificat d'Adhésion.

Article 7 - DÉLAI DE RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer à l'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la date de paiement de la première cotisation ou de la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties).

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à SPB, Unité opérationnelle Santé, 76095 Le Havre Cedex, établie selon le modèle suivant :

N° de police :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom), né(e) le....., demeurant à, désire renoncer à mon Adhésion au contrat L.1017/0001 que j'ai souscrit le :, et demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L132-5-1 du Code des Assurances.

Date :

Signature :

L'adhésion au contrat L 1017/0001 cesse immédiatement à la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi). Le Gestionnaire, auprès duquel l'Assureur a donné une délégation ou une mise en gage du présent contrat, avertira par écrit le Prêteur.

Article 8 - MODIFICATION DES GARANTIES ET DU RISQUE

L'Assuré peut demander à tout moment la modification de ses garanties :

> augmentation (capital, échéance, durée de remboursement) ou diminution des garanties,

> adhésion aux garanties facultatives ou suppression de ces garanties facultatives.

Toutefois, la garantie Perte d'emploi ne pourra être souscrite après la date d'effet de l'adhésion.

S'il s'agit d'une augmentation ou d'une adhésion aux garanties facultatives, celle-ci 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.

Avant d'accorder toute diminution de garantie ou la suppression de garantie facultative, l'Assureur demandera une autorisation écrite au Prêteur auquel une délégation ou une mise en gage du présent contrat a été faite.

S'il s'agit d'une diminution ou d'une suppression, cette modification prendra effet à la date de réception par l'Assureur de l'autorisation écrite du Prêteur.

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).

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

Une modification du plan d'amortissement pendant une période de PTIA/ITT/IPP/IPT/IPPRO/IP Pharma visant à augmenter le montant des échéances ne peut être prise en compte.

Article 9 - CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

Les garanties cessent dès la survenance d'un des événements suivants :

> Pour toutes les garanties : à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'Assuré et/ou de l'emprunteur, en cas de non paiement de la cotisation, à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'assuré, à l'expiration du délai prévu conformément à l'article L113-3 du Code des Assurances, à 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,

> Pour les garanties PTIA, ITT, IPP, IPT, IPPRO, IP Pharma, Perte d'Emploi : à la cessation

d'activité professionnelle, départ ou mise à la (pré)retraite, à la date du Décès ou de déclaration en PTIA,

> Pour la garantie ITT : à la date de déclaration en IPP, IPT, IPPRO ou IP Pharma , au 1095ème jour de prise en charge,

> Pour la garantie IPT : à la date de déclaration en IPPRO ou IPPharma, au 1095ème jour de prise en charge au titre de la garantie ITT sans déclaration ni en IPT ni en IPP

> Pour la garantie IPP : à la date de déclaration en IPPRO ou IPPharma, au 1095ème jour de prise en charge au titre de la garantie ITT sans déclaration ni en IPT ni en IPP

> Pour la Perte d'Emploi : lorsque la durée maximum d'indemnisation est atteinte, à la date de déclaration en PTIA, ITT, IPP, IPT, IPPRO ou IP Pharma

Une garantie cesse en tout état de cause la veille à minuit de la date anniversaire de l'effet du contrat pour laquelle l'âge de l'assuré, calculé par différence de millésime, a atteint l'âge limite de couverture de la garantie, à savoir :

- 90 ans pour la garantie Décès et Dépendance Totale,

- 65 ans pour les garanties PTIA/ITT/IPP/ IPT/IP Pharma,

- 60 ans pour la garantie IPPRO,

- 55 ans pour la garantie Perte d'Emploi.

La garantie IPT (respectivement IPP) est suspendue en cas de déclaration de l'état d'IPP (respectivement IPT) de l'Assuré.

Article 10 - COTISATIONS

10.1 Montant des cotisations :

Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement par avance d'une cotisation annuelle indiquée aux conditions particulières comme taux de cotisation applicable au capital restant dû à l'échéance annuelle de versement de prime par avance et calculée en fonction de l'âge de l'assuré, de son sexe, de sa profession, de la durée du prêt, de la nature des garanties, du montant assuré à la date d'effet de l'adhésion, de son état de fumeur ou non-fumeur et, selon l'option choisie, du tarif appliqué.

Pour la détermination du montant des cotisations annuelles, il faut entendre par "capital restant dû" à l'échéance annuelle de versement de prime par avance :

> Pour les prêts sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts, le capital restant dû tel qu'il figure au tableau d'amortissement à la date renseignée précédant immédiatement la date d'échéance annuelle de versement de prime par avance;

> Pour les prêts avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts, le capital restant dû majoré des intérêts de différé tels qu'ils figurent au tableau d'amortissement à la date renseignée précédant immédiatement la date d'échéance annuelle de versement de prime par avance;

> Pour les prêts "in fine", le capital emprunté ;

> Pour les opérations de crédit bail : la somme des loyers Hors-Taxes restant dus augmenté de la valeur résiduelle du bien si cela a été prévu lors de la Demande d'Adhésion.

Lorsque le capital restant dû est disponible sur une base mensuelle dans le tableau d'amortissement, la cotisation annuelle est le produit du taux de cotisation applicable au capital restant dû à l'échéance annuelle de versement de prime par avance par la moyenne de la série des douze capitaux restant dû pour la période annuelle à venir.

Les taxes actuelles, à la charge des Assurés, sont comprises dans la cotisation. En cas de relèvement des taxes en vigueur à l'adhésion du contrat ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat, le montant de la cotisation sera majoré.

Pour les garanties Décès et PTIA, des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non fumeurs. Sont considérés comme non fumeurs les personnes certifiant qu'elles n'ont pas fumé de tabac du tout au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion et n'ayant pas dû arrêter de fumer suite à la demande express du corps médical. Lors de l'établissement de la demande d'adhésion, l'Assuré signe une déclaration spéciale "Non Fumeur". 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".

Quel que soit l'assiette de cotisation applicable aux garanties de base, le montant de la cotisation Perte d'Emploi est calculé sur le capital initial emprunté. Le taux d'assurance figure au bulletin d'adhésion. Indépendamment des conséquences des décisions réglementaires ci-dessus, la cotisation pourra être modifiée si l'Assureur observe un déséquilibre des résultats techniques du risque Perte d'Emploi. Elle sera applicable tant aux nouveaux Assurés qu'aux Assurés déjà garantis pour le contrat et pourra être révisée par l'Assureur en fonction de l'évolution des résultats de ladite garantie. Si l'Assuré ne souhaite pas voir sa cotisation ainsi augmentée, il aura la possibilité de demander la résiliation de cette garantie par Lettre Recommandée avec avis de réception, avec un préavis d'un mois.

L'Assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation à la date de renouvellement du contrat Groupe si l'évolution des caractéristiques actuarielles de l'ensemble des Assurés au contrat Groupe le justifie. Le nouveau taux des cotisations sera porté à la connaissance de l'Adhérent moyennant un préavis de 3 mois avant la date anniversaire de l'effet de son adhésion qui suit la date de renouvellement du contrat Groupe. Dans le mois suivant, l'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant son adhésion par simple lettre, l'Assureur informant alors de cette résiliation le Prêteur bénéficiaire

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

acceptant. A défaut de résiliation par l'Adhérent, celui-ci sera réputé accepter la révision et celle-ci prend effet à la date anniversaire de l'effet de l'adhésion.

10.2 Paiement des cotisations :

Les cotisations, mentionnées au certificat d'adhésion, sont payables annuellement et d'avance à l'Assureur, dans les conditions prévues par le Code des Assurances. Les cotisations relatives à la garantie Dépendance Totale ne sont dues qu'à compter de la date d'effet de celle-ci.

Selon la périodicité demandée par l'Assuré et acceptée par l'Assureur, les cotisations annuelles peuvent être payées de manière fractionnée semestriellement, trimestriellement ou mensuellement moyennant des frais de fractionnement forfaitaires. Cette périodicité est à déterminer lors du paiement de la première cotisation, pour permettre à l'Assureur de mettre en place la procédure correspondante. L'Adhérent aura toutefois, sur simple demande, la possibilité par la suite de modifier cette périodicité pour une prise d'effet au renouvellement de l'adhésion.

Des frais de dossier sont prélevés une seule fois lors du premier prélèvement de cotisation.

10.3 Défaut de paiement d'une cotisation :

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat aux échéances fixées.

Conformément au Code des Assurances, si l'Assuré omet de régler une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée l'informant que ce défaut de paiement peut entraîner la résiliation de son adhésion.

Dans un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement à échéance au cours dudit délai, entraîne de plein droit la résiliation de l'adhésion.

L'Assureur informera de cette résiliation le Prêteur bénéficiaire acceptant.

10.4 PRIMES UNIQUES : Remboursement anticipé total du prêt assuré :

En cas de remboursement par anticipation de l'intégralité du prêt assuré, l'Assureur procède au remboursement d'une partie de la provision de report de prime non consommée, selon détail cidessous :

$$[(70\% P) - (70\%((P/(1-R))-P))] X (Dr / Di) X (CRD / CI)$$

- « P » étant le montant de la prime unique d'origine nette de TUA,
- « R » étant le % de rabais appliqué sur le tarif de base pour déterminer la Prime Unique*.
- « Dr » la durée restante (en mois) à la date du remboursement anticipé,
- « Di » la durée initiale du prêt (en mois) au moment de l'adhésion.
- « CRD » le capital restant dû au moment de l'opération,
- « CI » le capital initial assuré.

* Tableau des rabais pris en compte :

Durée originale du prêt	Rabais appliqué à la somme des primes périodiques sur toute la durée du prêt
De 0 à 60 mois	0%
De 61 à 120 mois	5%
De 121 à 180 mois	10%
De 181 à 240 mois	15%
De 241 à 300 mois	20%
De 301 à 360 mois	25%

Ce rachat de cotisation ne concerne que les assurances Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à Primes Uniques.

Article 11 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation ou exclusion mentionnée aux conditions particulières, 45 jours consécutifs et 90 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

En cas de survenance d'un événement engageant la garantie ITT hors de France et de la Principauté de Monaco, la franchise prévue contractuellement s'applique à compter de la date de rapatriement en France ou en principauté de Monaco. Cependant, en cas d'hospitalisation continue dans un pays de l'UE, l'EEE, l'OCDE ou de la Cité Etat de Singapour, la garantie ITT court pour la durée de cette hospitalisation, tant qu'elle est ininterrompue, et la franchise prévue contractuellement s'applique à compter de la date d'hospitalisation.

En cas de PTIA/IPP/IPT/IPRO/IPPharma, la détermination de l'invalidité, soit de gré à gré, soit par voie d'expertise amiable, est effectuée en France Continentale.

Article 12 - PRESTATIONS ASSURÉES

12.1 Prestations au capital restant dû et prestations en échéances :

Pour la détermination du montant des prestations et sur la base du tableau d'amortissement annexé au Certificat d'Adhésion, il faut entendre par :

- 1) "capital restant dû" à la date du Sinistre (pour les garanties Décès, PTIA, IPPRO, IPPharma) :
- > pour un prêt sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts, le capital restant dû tel qu'il figure au tableau d'amortissement à la date renseignée précédant immédiatement la date du Sinistre;

- > pour un prêt avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts, le capital restant dû majoré des intérêts de différé tels qu'ils figurent au tableau d'amortissement à la date renseignée précédant immédiatement la date du Sinistre;
- > pour un prêt remboursable au terme (tels que les prêts In-Fine) : le capital emprunté ;
- > pour une opération de crédit bail : la somme des loyers Hors-Taxes restant dus à la date du Sinistre augmenté de la valeur résiduelle du bien si cela a été prévu lors de la Demande d'Adhésion.

2) "échéances" à compter de la date du Sinistre (pour les garanties ITT, IPP, IPT et Dépendance Totale) :

- > pour un prêt amortissable, pendant la période d'amortissement: Le montant des annuités;
- > pour un prêt amortissable, pendant la période de différé d'amortissement (limitée à 24 mois) : Le montant des échéances d'intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée;
- > pour un prêts remboursable au terme (tels que les prêts In-Fine): Le montant des échéances d'intérêts. La garantie ne couvre pas la ou les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital ;
- > pour une opération de crédit-bail : le montant des échéances de loyer. La garantie ne couvre pas la valeur résiduelle du bien.

En cas de remboursements trimestriels, semestriels ou annuels, les versements prévus dans l'acte de prêt sont censés se décomposer en paiements mensuels égaux et échelonnés.

12.2 Prestations assurées en cas de Décès :

En cas de décès pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire, le capital restant dû à la date du décès selon la quotité assurée. Les versements périodiques restés impayés au jour du décès ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

Le paiement du capital en cas de décès met fin au contrat.

12.3 Prestations assurées en cas de PTIA :

Si l'état de PTIA de l'Assuré est reconnu comme consolidé pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire le capital restant dû à la date de consolidation selon la quotité assurée.

Le paiement du capital en cas de PTIA met fin au contrat.

12.4 Prestations assurées en cas d'ITT :

L'Assuré n'exerçant pas, à la date du sinistre, d'activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée ne peut pas recevoir la prestation.

Si l'Assuré est reconnu en ITT, les prestations sont dues au Bénéficiaire à compter de l'échéance du délai de franchise mentionné au bulletin d'adhésion, pendant l'arrêt de travail total et ininterrompu, tant que subsiste cette incapacité et au plus tard jusqu'au 1095ème jour à compter de la date d'arrêt de travail retenue comme date de Sinistre L'Assureur prend en charge, compte tenu de la quotité, les échéances, cotisations d'assurance comprises, au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifiés, calculés par 1/30^{ème} d'échéance mensuelle, et décomptées depuis la fin du délai de franchise.

La franchise ne sera pas réappliquée si, après avoir repris une activité professionnelle pendant une durée inférieure ou égale à 60 jours, l'Assuré est victime d'une rechute dûment constatée provenant du même accident ou de la même maladie. Le nouvel arrêt de travail est rattaché au même Sinistre que le précédent arrêt de travail.

Les prestations cessent à la date de cessation de l'adhésion, d'un des événements entraînant la cessation de la garantie (cf Article 9), ou dès la survenance d'un des événements suivants :

l'Assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel, pour les salariés, la Sécurité Sociale interrompt le paiement des prestations prévues en cas d'incapacité.

Ainsi, les prestations sont relayées par la prestation IPT, IPP, IPPRO ou IPPharma si l'état de santé de l'Assuré correspond aux définitions respectivement mentionnées aux articles 12.5, 12.7, 12.8.

12.5 Prestations assurées en cas d'IPP ou d'IPT :

1) Reconnaissance médicale de l'état d'IPP ou d'IPT

Le taux d'invalidité est évalué à l'issue de la période maximale de service de la prestation ITT.

Le taux d'invalidité est déterminé par estimation d'ordre médical par le Médecin Conseil de l'Assureur 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, sans tenir compte des éventuelles infirmités et invalidités préexistantes.,

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, et

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

par référence à la dernière édition à la date de l'évaluation du barème publié par la revue "Le Concours Médical".

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.

Une fois établi initialement à l'issue de la période de consolidation et s'il a déclenché la couverture IPP ou IPT, le taux d'invalidité est toujours susceptible d'être révisé (diminution ou aggravation) au cours de la période d'invalidité. Le nouveau taux résulte de l'application du barème, en tenant compte des nouveaux taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle.

Barème : Taux d'invalidité IPP ou IPT en %

Taux d'invalidité Professionnelle	Taux d'invalidité Fonctionnelle								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%				29,24	33,02	35,69	40,00	43,27	46,42
20%			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	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	68,68	76,12	83,20	90,00	95,65
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	92,22	100,00

2) Prestations en cas d'IPT

Pour autant que le taux initial ou révisé 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 du nouveau taux d'invalidité.

Si l'Assuré est reconnu en IPT, l'Assureur prend en charge, compte tenu de la quotité, les échéances, y compris les cotisations d'assurance, au prorata du nombre exact de jours d'invalidité, calculés par 1/30ème d'échéance mensuelle.

Les prestations cessent à la date de cessation de l'adhésion, d'un des événements entraînant la cessation de la garantie (cf Article 9), ou dès la survenance d'un des événements suivants :

- L'Assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel,
- L'Assuré est reconnu en PTIA et pris en charge à ce titre

Les prestations sont suspendues au titre de l'IPT à la déclaration en état d'IPP de l'Assuré à l'occasion d'une révision de l'état d'invalidité. Les prestations versées sont alors celles de la garantie IPP.

3) Prestations en cas d'IPP

Pour autant que le taux initial ou révisé soit compris entre 33% et 66%, la prise en charge des termes périodiques de remboursement du prêt par l'Assureur interviendra, à partir de l'échéance suivant la constatation du nouveau taux d'invalidité.

Si l'Assuré est reconnu en IPP, l'Assureur prend en charge, compte tenu de la quotité et du taux d'invalidité, les échéances, y compris les cotisations d'assurance, au prorata du nombre exact de jours d'invalidité, calculés par 1/30ème d'échéance mensuelle.

Pour un taux d'invalidité reconnu ou révisé N, l'Assureur prend en charge (N-33)/33 fois le montant de l'échéance prévue en cas d'IPT.

Les prestations cessent à la date de cessation de l'adhésion, d'un des événements entraînant la cessation de la garantie (cf Article 9), ou dès la survenance d'un des événements suivants :

- L'Assuré reprend une activité professionnelle, même à temps partiel,
- L'Assuré est reconnu en PTIA et pris en charge à ce titre

Les prestations sont suspendues au titre de l'IPP à la déclaration en état d'IPT de l'Assuré à l'occasion d'une révision de l'état d'invalidité. Les prestations versées sont alors celles de la garantie IPT.

12.6 Option Perte de Revenus pour les garanties ITT, IPP et IPT :

Pour les garanties ITT, IPP et IPT de l'article 12.4 et 12.5, l'Adhérent, s'il est salarié en CDI ni en période d'essai ni en préavis de licenciement ou de démission, peut opter pour la couverture alternative suivante : Le montant de la prestation est le montant des échéances, cotisations d'assurances inclus, au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifiés calculés par 1/30ème d'échéance mensuelle limité par la perte de revenu subie par l'Assuré. La perte de revenu subie par l'Assuré est la différence entre (a) le "revenu de référence" de l'Assuré avant l'arrêt de travail et (b) son "revenu de remplacement" après l'arrêt de travail.

(a) calcul du revenu de référence :

il est égal à la moyenne des salaires ou traitements nets perçus au cours des 12 derniers mois somme précédant l'arrêt de travail. Les primes, frais de mission et autres avantages financiers imposables faisant partie intégrante de la rémunération entrent dans le calcul du salaire.

(b) calcul du revenu de remplacement :

il est égal au montant mensuel des revenus perçus pendant la période d'ITT (rémunérations, traitements ou indemnités versés par l'employeur, indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale ou prestations équivalentes perçues par des personnes assujetties à des régimes similaires au régime général de la Sécurité Sociale, prestations versées par des organismes de prévoyance complémentaires).

La perte de revenu est calculée le premier suivant l'expiration du délai de franchise contractuelle. Elle est révisable à la demande de l'Adhérent ou de l'Assureur tous les 6 mois en fonction de l'évolution du revenu de remplacement.

12.7 Prestations assurées en cas d'IPPRO :

En cas d'IPPRO dont la consolidation est survenue pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au bénéficiaire le capital restant dû à la date de consolidation selon la quotité assurée.

Le paiement du capital en cas de IPPRO met fin au contrat.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le Médecin-Conseil de l'Assureur à l'échéance d'un délai de trois mois depuis la dernière date de refus date et si des pièces justificatives nouvelles ou actualisées sont produites qui justifient de l'aggravation de l'état de santé de l'Assuré.

12.8 Prestations assurées en cas d'IPPharma :

En cas d'IP Pharma dont la consolidation est survenue pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au bénéficiaire le capital restant dû à la date de consolidation selon la quotité assurée.

Le paiement du capital en cas de IP Pharma met fin au contrat.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le Médecin-Conseil de l'Assureur à l'échéance d'un délai de trois mois depuis la dernière date de refus date et si des pièces justificatives nouvelles ou actualisées sont produites qui justifient de l'aggravation de l'état de santé de l'Assuré.

12.9 Prestations assurées en cas de Perte d'Emploi :

Les prestations sont égales à 75% des échéances mensuelles effectivement réglées des prêts garantis. Toutefois dans le cadre d'un prêt In Fine seules sont couvertes les échéances d'intérêts à l'exclusion de tout remboursement du capital. Les prestations sont versées dès le 91^{ème} jour de chômage total et continu, décompté à partir du premier jour indemnisé par les ASSEDIC, pour le paiement des allocations chômage. Le décompte de la franchise est suspendu lorsque intervient durant cette période, l'un des éléments suivants :

- une prise en charge par la Sécurité Sociale au titre de l'assurance maladie, maternité ou accident du travail
- une reprise d'activité.

Lorsque l'assuré a choisi de bénéficier d'un congé de conversion, la prise en charge intervient à l'issue de ce contrat au 1er jour d'indemnisation par les ASSEDIC au titre de l'Allocation de base (hors allocations spécifiques) sans application du délai de franchise et au plus tôt 180 jours après le début du contrat de conversion.

Le montant des mensualités prises en charge au titre du cumul des prêts garantis est limité à 1500 €.

La garantie Perte d'emploi ne prend effet qu'à l'issue d'une période de 12 MOIS décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion. Toute perte d'emploi débutant pendant cette période ne peut donner lieu à aucune indemnisation, quelle que soit sa durée.

Toute reprise du travail, stage ou arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale d'une durée inférieure ou égale à 180 jours, est considérée comme une simple suspension du service des prestations. Le décompte s'effectue sur la base des journées non indemnisées par les ASSEDIC au sens du présent contrat du fait de cette reprise du travail, de ce stage ou de cet arrêt de travail. En conséquence, toute nouvelle perte d'emploi indemnisable intervenant avant l'expiration du délai précité est réputée être la simple poursuite de la précédente, et ne donnera pas lieu à l'application du délai de franchise de 180 jours.

En cas de reprise d'activité continue chez un même employeur d'une durée supérieure à neuf mois, au titre d'un contrat de travail à durée indéterminée, l'assuré pourra bénéficier de la garantie pour une nouvelle période, après application de la franchise, dans la limite d'une durée cumulée d'indemnisation maximale de 24 mensualités pour toute la durée de l'adhésion.

Les prestations versées par l'Assureur ne peuvent en aucun cas excéder le montant des sommes dues au prêteur par le ou les emprunteurs au titre de la période de prise en charge, déduction faite des éventuelles indemnités au titre de contrats de même nature souscrits auprès d'autres Compagnies d'Assurances pour le même sinistre.

Le montant de l'indemnisation versée par l'Assureur augmenté des allocations payées par l'ASSEDIC et des éventuelles pensions à caractère viager (type pension de retraite militaire) ne peut être supérieur au salaire net imposable de la personne assurée perçu au cours des 12 derniers mois précédant sa cessation d'activité. En cas de dépassement, l'indemnité à verser par l'Assureur est réduite à due concurrence.

Lorsqu'il existe des co-emprunteurs, assurés pour un même prêt, il sera tenu compte en cas d'indemnisation de l'un d'eux des revenus du co-emprunteur avant et pendant le chômage, indépendamment des revenus de l'Assuré toujours en activité. En cas de perte

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

d'emploi simultanée, l'indemnisation de l'Assureur ne pourra pas dépasser 75% du montant des échéances dues à au Prêteur.

La durée du service des prestations est limitée à 720 jours indemnisés au titre d'une ou plusieurs périodes de chômage, sur la durée du prêt.

Le service des prestations cesse :

- Lorsque la limite d'indemnisation définie ci-dessus est atteinte,
- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée, quelle que soit la nature de cette activité,
- à la date du début de la période où l'Assuré perçoit des allocations chômage au titre de la création d'entreprise,
- à la date de cessation de l'Allocation de base,
- dès que l'assuré est en incapacité totale de travail par suite de maladie ou d'accident et qu'à ce titre les allocations ASSEDIC sont suspendues,
- et, en tout état de cause, à la date de cessation de la garantie indiquée à l'Article 9 ci-dessus.

12.10 Prestations assurées en cas de Dépendance Totale :

1) Reconnaissance de l'état de Dépendance Totale

C'est à l'Assuré, ou à une personne de son entourage, d'apporter les pièces justificatives de l'état de santé de l'Assuré.

Sur la base des pièces justificatives reçues par l'Assureur, le Médecin-Conseil de l'Assureur aura la possibilité de faire vérifier l'état de Dépendance Totale de l'Assuré par le médecin de son choix et de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires.

Ce dernier pourra être amené à prendre contact avec le médecin concerné (médecin traitant ou médecin hospitalier) si les éléments décrivant la dépendance de l'Assuré paraissent insuffisants.

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le Médecin-Conseil de l'Assureur à l'échéance d'un délai de trois mois depuis la dernière date de refus date et si des pièces justificatives nouvelles ou actualisées sont produites qui justifient de l'aggravation de l'état de santé de l'Assuré.

2) Prestations

En cas de Dépendance Totale dont la consolidation est intervenue après l'expiration du délai de carence et pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur prend en charge, à l'issue du délai de franchise de 90 jours courant à compter de la date de consolidation, et compte tenu de la quotité, les échéances, y compris les cotisations d'assurance, au prorata du nombre exact de jours en état de Dépendance Totale, calculés par 1/30^{ème} d'échéance mensuelle dans la limite de montant fixée à l'adhésion.

Les prestations cessent à la date de cessation du contrat, d'un des événements entraînant la cessation de la garantie (cf Article 9), ou si l'Assuré recouvre une autonomie de strictement plus d'1 AVQ sur 4.

Les prestations reprennent sans application de la franchise en cas de rechute en état de Dépendance Totale pendant la période de validité du contrat et de la garantie.

Article 13 - EXCLUSIONS

13.1 Exclusions communes à toutes les garanties sauf la garantie Perte d'Emploi :

Les conditions d'indemnisation au titre du contrat s'appliquent à tout accident ou maladie survenu(e) après la date de prise d'effet des garanties, à l'exclusion des cas suivants et leur suites, conséquences, rechutes et récidives:

Le suicide survenu au cours de la première année du contrat sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du montant fixé par décret à la date d'adhésion (soit 120 000 ? au 31/08/2007).

Les tentatives de suicide de l'Assuré

Les sinistres résultant directement ou indirectement d'actes intentionnels de l'Assuré ou du/des Bénéficiaire(s).

Les affections, accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de la garantie compte non tenu des éventuels délais de carence. La garantie s'exerce cependant sur les conséquences des affections, accidents et infirmités déclarées au questionnaire médical et qui n'ont pas été exclues par une mention de l'assureur au certificat d'adhésion

Les risques spéciaux exclus par une mention au certificat d'adhésion par l'Assureur

Le fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions déterminées par la législation concernant les assurances sur la Vie en temps de guerre.

Les guerres civiles ou étrangères autres, rixes, crimes, délits, insurrections, mouvements populaires, sabotages, attentats, émeutes. Toutefois, en cas de circonstances involontaires, de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel ou si assuré ne participe pas activement à ces événements, ces exclusions ne s'appliquent pas aux pays de l'UE, de l'EEE, de l'OCDE.

La manipulation d'engins explosifs, de toute arme dont la détention est interdite, de produits inflammables ou toxiques

Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, de rayonnement ionisant ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atomes, sauf fonctionnement défectueux d'instruments radiologiques ou fausse manœuvre lors du traitement médical d'un Assuré par suite de la réalisation d'un événement impliquant une garantie.

L'usage de drogues, stupéfiants, de substances hallucinogènes ou de médicaments à doses non ordonnées médicalement.

Les accidents consécutifs à l'état d'ivresse, correspondant à un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur au taux maximal légal défini dans le Code de la Route et en vigueur à la date du sinistre.

L'utilisation, en tant que pilote ou passager, d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places sauf avions à réaction.

Exhibitions, parachutisme, saut à l'élastique, tentatives de record

La pratique des sports de combat, du cyclisme en compétition, de l'équitation à titre professionnel ainsi que compétitions équestres à titre amateur ou chasse à courre, sports neige ou glace (autres que pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski ou du surf ainsi que du patinage), escalade, randonnée en montagne à plus de 3500 mètres, alpinisme, canyoning, bobsleigh, spéléologie, motonautisme de compétition, (y compris scooter des mers), de la voile (respectivement planche à voile) à plus de 20 (respectivement 1) miles des côtes, plongée sous-marine (autres que pratique amateur à moins de 20 mètres de profondeur), sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant. Toutefois, ces activités sont couvertes si elles ont été déclarées à l'Assureur, que celui-ci a fait une proposition de garantie et que celle-ci a été acceptée par l'Adhérent. Ces activités sont aussi couvertes dans le cas d'une session d'initiation si l'Assuré établit que la session d'initiation a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et des autorisations réglementaires nécessaires à l'encadrement de l'activité. Des exclusions spécifiques peuvent être ajoutées. Elles seront alors mentionnées au Certificat d'Adhésion.

13.2 Exclusions spécifiques aux garanties ITT, IPP, IPT, IPPRO, IPPharma :

S'ajoutent aux exclusions mentionnées à l'article 13.1 les cas suivants et leurs suites, conséquences, rechutes et récidives:

Les deux classes suivantes de maladie non objectivables :

- 1) Les affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles de la personnalité ainsi que les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique. Toutefois, ne sont pas exclues les affections psychiques, les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique s'ils ont nécessité une hospitalisation de plus de 30 jours consécutifs dans les 6 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour la même cause.
- 2) Les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes paravertébrales, leurs suites et conséquences. Toutefois, ne sont pas exclues les infections, les tumeurs, les fractures ainsi que les affections qui entraînent une hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs en service de rhumatologie dans les 6 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour la même cause ou qui nécessitent une intervention chirurgicale.

Les traitements esthétiques, les opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un événement assuré. Les accidents, maladies, invalidités et incapacités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle indiquée sur le certificat d'adhésion.

13.3 Exclusions spécifiques à la garantie ITT :

S'ajoutent aux exclusions mentionnées à l'article 13.1 et 13.2 les cas suivants et leurs suites et conséquences:

Les arrêts de travail correspondant à la période du congé légal de maternité de la Sécurité Sociale (ou l'équivalent pour les non-salariés). Les arrêts de travail liés à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites ne sont garantis qu'en cas de complications pathologiques et dans les conditions suivantes : pour tout sinistre survenu pendant la grossesse et avant le début de congé légal de maternité, la franchise contractuelle s'applique à la date du premier jour d'arrêt de travail; pour tout sinistre survenu pendant le congé légal de maternité, la franchise contractuelle court à compter de la fin prévue de la période de congé légal.

Séjours hospitaliers dans conditions suivantes: cures thermales, maisons de repos ou plein air, maisons dites de santé médicale, séjours climatiques ou diététiques, cures de désintoxication ou de sommeil.

13.4 Exclusions spécifiques à la garantie Perte d'Emploi :

Ne sont pas garantis :

- 1) la mise en retraite ou préretraite, ou le départ dans le cadre de conventions conclues entre l'employeur et l'Etat et n'impliquant pas la recherche d'un emploi (Fonds national pour l'emploi...) ou de conventions de conversions ;
- 2) la démission volontaire, légitime ou non, même si elle est indemnisée par les ASSEDIC ;
- 3) la fin de contrat de travail à durée déterminée (emplois temporaires, saisonniers, etc ...) ;
- 4) les fins de période d'essai ;
- 5) le licenciement non pris en charge par les ASSEDIC (ou par l'Etat pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires de l'Etat ou d'une collectivité locale) ;
- 6) le chômage partiel ou saisonnier ;
- 7) le licenciement notifié durant les 180 jours suivant l'adhésion, (carence) ne peut donner lieu à aucune indemnisation ;
- 8) le licenciement notifié après expiration des garanties, par exemple lorsque l'Assuré a résilié son adhésion ou en cas de non-paiement des primes ;
- 9) les ruptures de contrat de travail en raison de maladie ou d'invalidité non indemnisées par les ASSEDIC ;

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 10) le licenciement pour faute grave et/ou lourde ;
- 11) le chômage consécutif au licenciement d'un assuré salarié de son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, ascendant, descendant, collatéral ;
- 12) la cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit "départ négocié" (y compris ceux donnant lieu à indemnisation par l'ASSEDIC).

Article 14 - RACHAT D'EXCLUSIONS

A la demande expresse de l'assuré et s'il entre dans le cadre des exclusions, une étude personnalisée du risque peut être faite par l'assureur dans le cadre des Risques Spéciaux, moyennant une cotisation spécifique.

Option "Protection+" : rachat des deux classes de maladies non-objectivables décrites en 13.2 deuxième alinéa :

- 1) Les affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, les troubles de la personnalité ainsi que les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique. Toutefois, ne sont pas exclues les affections psychiques, les fibromyalgies et le syndrome de fatigue chronique s'ils ont nécessité une hospitalisation de plus de 10 jours consécutifs dans les 6 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour la même cause.
- 2) Les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes paravertébrales, leurs suites et conséquences. Toutefois, ne sont pas exclues les infections, les tumeurs, les fractures ainsi que les affections qui entraînent une hospitalisation en service de rhumatologie dans les 6 mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour la même cause ou qui nécessitent une intervention chirurgicale ; également, ne sont pas exclues les affections pour lesquelles l'Assuré peut justifier d'une prescription par un médecin spécialisé (Rhumatologie, Neurologie, Médecine Interne, ...) d'un arrêt de travail en cours et de soins respectivement indemnisés et remboursés par un organisme de Sécurité Sociale.

Article 15 – CONVENTION AERAS

15.1. 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'adhésion 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.

15.2. Garantie substitutive Invalidité Fonctionnelle Permanente :

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, l'adhésion à une garantie substitutive d'invalidité peut être proposée par l'Assureur, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où l'adhésion aux garanties ITT et IPT a été refusée par celui-ci 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 de ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie substitutive proposée est l'Invalidité Fonctionnelle Permanente à 80% (IPF80%). L'Invalidité Fonctionnelle Permanente est évaluée en fonction d'un barème faisant référence au taux de l'atteinte à l'intégrité physico psychique (AIPP). Ce taux se définit comme l'ordre de grandeur, rapporté à un maximum théorique de 100%, de la difficulté que ressent tout sujet, dont les séquelles sont ainsi quantifiées, à effectuer les gestes et actes habituels de la vie quotidienne extraprofessionnelle, donc l'ordre de grandeur de son « incapacité personnelle ». On retiendra comme seuil de reconnaissance de l'IPF80% le taux de 80 %. Les autres conditions d'adhésion à la garantie, son effet, sa durée, sa modification et sa cessation sont celles de la garantie PTIA. Les exclusions à la garantie IPF sont celles correspondant à la garantie IPT.

L'Invalidité fonctionnelle de l'Assuré est reconnue par expertise médicale effectuée par un médecin désigné par l'Assureur. Les formalités à produire sont celles de la garantie IPT. Si l'Assuré est reconnu en IPF80% pendant la période validité de la garantie, l'Assureur verse au Bénéficiaire le capital restant dû à la date de consolidation de l'IPF80%. Le paiement du capital en cas d'IPF80% met fin au contrat. Si l'Assuré n'est pas reconnu en IPF80%, le délai avant la reconsidération du cas est de 6 mois pourvu que des éléments nouveaux ou actualisés montrant l'aggravation de l'état d'invalidité du cas soient apportés.

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

Article 16 – FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

16.1 Gestionnaire du contrat :

Les demandes de prestations et formalités suivantes doivent être adressées au gestionnaire du contrat pour le compte de l'Assureur :

SPB - Contrat L.1017/0001

Unité opérationnelle Santé

76095 Le Havre Cedex

Tél : 0825 898 276 - Fax : 02 32 74 22 32

E-mail : emprunteur@spb.fr

16.2 Déclaration des sinistres :

Sauf cas de force majeure, pour les garanties prévoyant le paiement d'un capital (Décès, PTIA, IPPRO, IPPharma), à défaut de déclaration du sinistre dans le délai prescrit ci-dessous pour chaque garantie – et par défaut de 6 mois-, la date du sinistre sera réputé être celle de la déclaration de celui-ci.

Sauf cas de force majeure, pour les garanties prévoyant le remboursement successif d'échéances du prêt (ITT, IPP, IPT, Dépendance Totale), à défaut de déclaration du sinistre dans le délai prescrit ci-dessous pour chaque garantie – et par défaut de 6 mois-, la date du sinistre sera réputé être celle de la déclaration de celui-ci. La franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'Assureur. De plus, le sinistre déclaré après la reprise de l'activité professionnelle de l'Assuré ne pourra faire l'objet d'aucune prise en charge.

Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, aux circonstances ou aux conséquences du sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du présent contrat pour le sinistre en cause.

16.3 Formalités à produire dans tous les cas :

Dans tous les cas, les pièces suivantes doivent être adressées à l'Assureur :

- le tableau d'amortissement du prêt

- une copie du contrat de prêt

- l'original du Certificat d'Adhésion

- si l'Assuré est caution, l'acte de cautionnement ainsi que, sauf en cas de Décès ou PTIA, attestation du prêteur constatant la mise en jeu de la Caution suite à défaillance de l'emprunteur

16.4 Formalités en cas de Décès :

La déclaration du sinistre doit intervenir dans les 6 mois suivant la date du Décès.

Les bénéficiaires ou devront adresser à l'Assureur :

1) L'original du certificat d'adhésion,

2) Un extrait d'acte de décès de l'Assuré,

3) Si le décès est d'origine non naturelle, tout document officiel à la suite du décès (Procès-verbal de gendarmerie ou de police), le cas échéant les coupures de presse,

4) Sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant de l'Assuré (sur imprimé type fourni par l'Assureur), précisant notamment la cause du décès et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, en particulier s'il résulte d'un accident,

5) Les pièces établissant la qualité du bénéficiaire comme par exemple le certificat d'hérédité, l'acte de notoriété, etc.

6) Toutes pièces jugées utiles par l'Assureur ou le médecin conseil de celui-ci pour l'instruction du dossier.

16.5 Formalités en cas de PTIA :

La déclaration du sinistre doit intervenir dans les 3 mois suivant la consolidation en PTIA. La preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie incombe à l'Assuré. Ainsi, il est tenu de présenter à l'appui de sa déclaration, les pièces justificatives suivantes à l'Assureur :

1) L'original du certificat d'adhésion,

2) La notification de mise en invalidité de 3ème catégorie pour les assujettis à la Sécurité Sociale

3) Sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant (sur imprimé type fourni par l'Assureur) attestant :

- Que l'Assuré est définitivement incapable d'exercer toute occupation ou activité rémunérée,

- Que son état l'oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer 3 des 4 actes ordinaires de la vie,

- La nature des blessures ou de la maladie, leurs séquelles permanentes et la date de consolidation de son état.

4) Si la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est d'origine accidentelle, tout document officiel établi à la suite de l'accident (Procès verbal de gendarmerie ou de police), le cas échéant les coupures de presse,

5) Toutes pièces jugées utiles par l'Assureur ou le médecin conseil de celui-ci pour l'instruction du dossier.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT L.1017/0001 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- 1) Sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil de l'Assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant (sur imprimé type fourni par l'Assureur), précisant notamment la nature de la maladie, la date de son apparition ou s'il s'agit d'un accident, la date de survenance et la nature des lésions, la durée probable de l'incapacité temporaire totale, l'importance de l'invalidité,
- 2) S'il s'agit d'un accident, une déclaration datée et signée par l'Assuré, ou à défaut toute autre personne partie prenante ou témoin, précisant les causes et les circonstances de l'événement, ainsi que tout document officiel établi à la suite de l'accident,
- 3) Les volets de décomptes de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme, ainsi que les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation,
- 4) Si la garantie IP Pharma est impliquée, la notification de l'interdiction définitive ou d'une suspension supérieure à 24 mois, d'exercer par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens en application des articles L5125-21 et R4221-15 du code de la Santé Publique.,
- 5) Toutes pièces jugées utiles par l'Assureur ou le médecin conseil de celui-ci pour l'instruction du dossier.

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra être signalée dans un délai de 30 jours. A défaut, l'Assuré sera considéré comme guéri à l'expiration du délai prévu dans le certificat précédemment remis.

En cas de guérison ou de consolidation, l'Assuré doit adresser à l'Assureur un certificat médical attestant la date de reprise de ses activités avec guérison ou consolidation et, dans ce cas, le degré d'invalidité.

16.7 Formalités en cas de Dépendance Totale :

La déclaration devra être faite par l'Assuré ou son représentant au plus tard 3 mois après la constatation de l'état de Dépendance.

L'Assuré doit adresser à l'Assureur :

18 un certificat du médecin traitant, ou du médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'Assuré, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection ou des affections.

19 un Questionnaire Médical de Dépendance préalablement adressé par l'Assureur à l'Assuré. Ce questionnaire doit être renseigné par la ou les personnes qui s'occupent effectivement du malade et par le médecin traitant ou hospitalier.

20 un Dossier Médical constitué par le médecin traitant ou hospitalier comportant les comptes-rendus d'hospitalisation et le résultat des examens complémentaires effectués. En cas d'affection d'origine neuropsychiatrique, des éléments descriptifs précis doivent en outre être communiqués (test " Mini Mental State Examination " de Folstein).

Le Questionnaire Médical de Dépendance ainsi que le dossier médical sont à envoyer au Médecin-Conseil de l'Assureur.

Toutes pièces jugées utiles par l'Assureur ou le médecin conseil de celui-ci pour l'instruction du dossier.

16.8 Formalités en cas de perte d'emploi :

L'Assuré devra déclarer sa perte d'emploi avant le 91^{ème} jour de chômage décompté à partir du 1^{er} jour indemnisé par les ASSEDIC pour le paiement des allocations chômage. A défaut, la franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'Assureur.

La déclaration devra être accompagnée de la copie des justificatifs suivants :

- 1) contrat de travail et lettre de licenciement,
- 2) lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage délivrée par l'UNEDIC ou par l'état,
- 3) décomptes de paiement d'allocations ASSEDIC ou assimilées,
- 4) Tableau(x) d'amortissement du ou des prêts assurés,
- 5) les bulletins de salaire des douze mois ayant précédé le début du chômage,
- 6) et éventuellement, toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier et demandée par l'Assureur.

L'Assuré devra fournir par la suite, pour bénéficier des indemnités du présent contrat, les avis de paiement des allocations ASSEDIC ou assimilées.

Les indemnités sont versées mensuellement à terme échu.

Article 17 - CONTRÔLE MÉDICAL

A toute époque, les médecins ou agents délégués par l'Assureur doivent avoir un libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état, sous peine de déchéance des garanties et de suspension des prestations en cours de service.

L'Assuré doit en outre autoriser son médecin traitant à communiquer confidentiellement au médecin conseil de l'Assureur, toutes les informations que ce dernier jugera nécessaires.

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.

Les décisions de la Sécurité Sociale ne s'imposent pas aux parties.

Article 18 - EXPERTISE MÉDICALE ET ARBITRAGE

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à une expertise médicale par l'un de ses médecins, afin de reconnaître et de qualifier l'état d'incapacité, d'invalidité ou de Dépendance.. L'Assuré a la faculté de se faire assister.

En cas de désaccord entre le médecin expert de l'Assureur et le médecin de l'Assuré, les parties intéressées ont la possibilité de demander une expertise amiable et choisissent

ainsi un troisième médecin expert pour les départager.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de l'expert choisi par elle, ceux du troisième expert seront payés par moitié.

Faute d'entente sur le choix de l'expert, sa désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

Les parties s'interdisent d'exercer tout recours judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu, et au plus tôt au terme d'un délai maximum de 3 mois suivant cette demande d'expertise.

Article 19 - PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances) :

> par 10 ans à l'égard du bénéficiaire, s'il s'agit d'une personne différente de l'Assuré,

> par 2 ans à l'égard de l'Assuré.

Cette prescription est interrompue dans les conditions prévues à l'article L114-2 du Code des Assurances, par une des causes ordinaires d'interruption, et notamment l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l'Assuré à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Article 20 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

Article 21 - LOI "INFORMATIQUE, FICHIERS ET LIBERTÉS"

La gestion moderne et rationnelle des contrats nécessite l'utilisation de l'informatique. Conformément à la Loi "Informatique et Liberté" 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Pour cela, l'Assuré peut s'adresser à : SPB - 71 Quai Colbert - 76095 Le Havre Cedex.

Article 22 - 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.

Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord à l'amiable, sont de la compétence exclusive des tribunaux civils français.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :

GARANTIE REMBOURSEMENT ANTICIPE - NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance collectif n° AC468473 souscrit par **L'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité - AGIS** (ci-après dénommée "Souscripteur") pour le compte de ses adhérents, auprès de **L'EQUITE** (ci-après dénommé "Assureur") par l'intermédiaire de SPB.

AGIS : Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège social est 86 Boulevard Haussmann – 75008 PARIS

L'EQUITE : Société Anonyme au capital de 15 569 320 € - 7 bd Haussmann 75442 Paris Cedex 09 - RCS PARIS B 572 084 697- Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles- 61 rue Taïtbout, 75009 Paris.

SPB : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 251 700 € - 71 quai Colbert, 76600 Le Havre - RCS Le Havre 305 109 779 - société de courtage d'assurances immatriculée auprès de l'ORIAS sous le numéro 07 002 642 – www.orias.fr

1. DÉFINITIONS

- **Adhérent** : Tout emprunteur et/ou co-emprunteur, ayant adhéré au Contrat d'assurance emprunteur.
- **Assuré** : l'Adhérent qui revend le Bien immobilier garanti dans les 5 ans qui suivent la Date d'achat de ce dernier.
- **Bien immobilier garanti** : le bien immobilier objet du Contrat d'assurance Emprunteur souscrit par l'Adhérent, dès lors qu'il est situé en France métropolitaine.
- **Prêt immobilier garanti** : le prêt immobilier objet du Contrat d'assurance Emprunteur.
- **Contrat d'assurance Emprunteur** : le contrat d'assurance emprunteur n° L 1017/0001 souscrit par AGIS auprès de SWISS LIFE.

2. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de rembourser à l'Assuré le montant des frais éventuellement facturés par l'établissement bancaire auprès duquel le Prêt immobilier garanti a été souscrit en cas de survenance des **trois événements cumulatifs** suivants :

- remboursement intégral du Prêt immobilier dans les 5 ans suivant sa souscription ;
- revente du Bien immobilier objet du Prêt immobilier garanti dans les 5 ans suivant son achat.
- résiliation du Contrat d'assurance Emprunteur dans les 5 premières années de son adhésion audit Contrat.

3. MONTANT DE GARANTIE

L'indemnité versée au titre de la présente garantie est égale au montant facturé par l'établissement bancaire auprès duquel le Prêt immobilier garanti a été souscrit en cas de résiliation dans les conditions énoncées au Chapitre 2 ci-dessus, dans la limite de :

- **3 % du capital restant dû** au jour du remboursement sur la base du tableau d'amortissement du Prêt ;
- **4,000 (quatre mille) euros TTC.**

4. BÉNÉFICIAIRE

L'indemnité est versée à l'Assuré. En cas de co-emprunteurs, l'indemnité est versée en fonction de la quotité assurée pour chaque co-emprunteur et ne peut en tout état de cause excéder 4,000 € pour l'ensemble des emprunteurs et co-emprunteurs.

5. EXCLUSIONS DE GARANTIE

Sont exclus de la garantie :

- **Les cas de résiliation du Prêt immobilier et du Contrat d'assurance emprunteur sans revente du Bien immobilier dont ils sont l'objet ;**
- **Les cas de revente suite à décès, changement du lieu d'activité de l'emprunteur ou de son conjoint et cessation forcée de l'activité professionnelle de ces derniers et ce, conformément à l'article L 312-21 du Code de la Consommation.**

6. SINISTRE

- **Déclaration du Sinistre** : sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Assuré **doit déclarer le Sinistre, dans les 30 jours suivant la date à laquelle il en a connaissance, à SPB** (SPB – Contrat L 1017/0001 - 76095 Le Havre Cedex).
- **Documents à fournir** : l'Assuré doit transmettre à SPB :
 - l'acte de vente du Bien immobilier garanti ;
 - la main-levée de la banque auprès de laquelle le Prêt immobilier garanti a été souscrit ;
 - justificatif émanant de la banque auprès de laquelle le Prêt immobilier garanti a été souscrit et prouvant le paiement des frais de remboursement anticipés qu'elle a facturés ;
 - tout autre document demandé par l'Assureur.
- **Versement de l'indemnité** : l'indemnité est versée par virement dans les 15 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces énumérées ci-avant.

7. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

- **Date d'effet de l'adhésion et des garanties** : sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent effet à la date de prise d'effet du Contrat d'assurance Emprunteur ;
- **Durée de l'adhésion** : **l'adhésion au présent contrat dure un an et se renouvelle d'année en année sans pouvoir excéder 5 années.**
- **Cessation des garanties** : **les garanties prennent fin à la date de résiliation du Contrat d'assurance emprunteur et, au plus tard, 5 ans à compter de la prise d'effet des garanties.**

8. RÉSILIATION DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

Dans tous les cas prévus par le Contrat d'assurance Emprunteur.

9. DISPOSITIONS DIVERSES

- **Prescription** : conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant du Contrat est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance ; cette durée est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent.
- **Informatique et Libertés** : la fourniture des informations nominatives et personnelles de l'Assuré recueillies dans le cadre de l'adhésion au présent contrat est obligatoire car ces informations sont indispensables à la gestion de ce contrat ; elles sont exclusivement destinées au Souscripteur, à l'Assureur et à SPB (ainsi qu'à leurs partenaires contractuels) pour ladite gestion. L'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour, de verrouillage ou d'effacement des informations le concernant qui figurent dans les fichiers du Souscripteur, de l'Assureur, de SPB et de leurs partenaires contractuels. Ce droit d'accès s'exerce en adressant une lettre recommandée avec avis de réception au siège social du Souscripteur, de l'Assureur ou de SPB.
- **Examen des réclamations** : en cas de réclamation portant sur la mise en œuvre de la garantie, l'Adhérent peut s'adresser **par écrit** à SPB qui veillera à lui répondre dans les meilleurs délais (SPB - Département Satisfaction Clientèle - 71 quai Colbert, 76600 Le Havre). Si la réponse obtenue ne le satisfait pas, l'Adhérent peut s'adresser à l'Assureur (L'Equité – Secrétariat du Médiateur – 7/9 boulevard Haussmann 75009 PARIS). Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Assureur, l'Adhérent peut demander l'avis du Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances dont les coordonnées lui seront communiquées par l'Assureur, et ce sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Signature de la (des) personne(s) à assurer :