

CREDIT CRD

NOTICE D'INFORMATION aux Conditions Générales du 01/03/2010

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°209JA0001 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance, association loi 1901 dont le siège social est sis 10, rue Émile Zola – 45000 ORLEANS, auprès de SPHERIA VIE, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 10, rue Émile Zola – 45000 ORLEANS.

Le contrat « CREDIT CRD » a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur.

1 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez, au jour de la signature de la demande d'adhésion, être âgé de 20 ans à moins de :

- 75 ans pour la garantie « Décès »,
- 59 ans pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente Totale (IPT),
- 55 ans pour la garantie « invalidité permanente partielle » (IPP).

Vous devez satisfaire aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion,
- remplir et signer un questionnaire de santé,
- accepter de vous soumettre à des formalités supplémentaires, notamment médicales si l'Assureur le juge nécessaire.

L'assureur se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions (exclusions partielles ou surprime) ou de la refuser.

- indiquer votre activité professionnelle réellement exercée au moment de l'adhésion,
- régler la première cotisation.

Pour tout adhérent à la retraite ou en préretraite, ou pour toute personne non soumise aux régimes sociaux français, seul le risque décès est couvert.

Le montant maximum du capital cumulé qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, pour un même assuré, est limité à 1 000 000 €, y compris pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité dans la limite d'une échéance mensuelle totale de 7 500 €.

En cas d'adhésions multiples au contrat collectif «CREDIT CRD», le montant maximum des prestations versées au titre d'un même prêt est limité.

La quotité du prêt assurée est égale au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti et s'applique obligatoirement à l'ensemble des garanties accordées. 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 le remboursement des échéances en incapacité-invalidité est limité à la quotité assurée.

2 - EFFET/DUREE DES GARANTIES

Effet des garanties : Votre assurance prend effet, après acceptation de l'Assureur à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'Assureur à l'adhérent et au plus tôt, à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à accident dans la limite de 150 000 € et sous réserve des limites et exclusions prévues au présent contrat. La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de notification par l'assureur de refus ou d'accepter le risque et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie. Le bénéficiaire de cette prestation est votre conjoint, à défaut vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut vos héritiers légaux, sauf désignation contraire de votre part.

Durée des garanties : Elle est celle prévue au contrat de prêt, mais ne peut dépasser 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour tous les autres types de prêts (y compris prolongation de durée de prêt de 5 ans maximum pour les prêts modulables et différé d'amortissement d'une durée maximum de 5 ans ou 18 ans pour les prêts à taux 0).

Les garanties peuvent, sous condition, être modifiées en cours de vie de l'assurance (augmentation ou adjonction de garantie, diminution ou suppression de garantie, ...).

3 - CESSATION DES GARANTIES

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré au sens de l'article L.140-3 du Code des Assurances,
- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré-emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier,
- au 86^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès et au 65^{ème} anniversaire pour la garantie « PTIA »,
- au jour du départ en retraite ou préretraite de l'assuré et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail » et « Invalidité Permanente Totale ou Partielle »,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- au décès de l'assuré,
- à la date de reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré,
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'assureur ou l'adhérent.

N.B. : Lorsque l'assuré atteint l'âge limite prévu pour la garantie PTIA, la totalité de la prime d'assurance afférente à la garantie « Décès / P.T.I.A. » est portée sur le risque Décès, et ce, jusqu'à la date de cessation de l'assurance.

4 - RISQUES GARANTIS

Décès : jusqu'à votre 86^{ème} anniversaire

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : jusqu'à votre 65^{ème} anniversaire : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Incapacité Temporaire de Travail/Invalidité permanente totale ou partielle : jusqu'à votre départ en retraite ou préretraite ou au plus tard votre 65^{ème} anniversaire

un assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle. Cet état peut être constaté par expertise médicale de l'Assureur. La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date d'arrêt total de travail. L'assuré au chômage n'exerçant pas d'activité professionnelle ou l'assuré exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires ne peut être couvert par cette garantie.

un assuré est en état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle lorsque par suite d'accident ou de maladie son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (partielle) ou supérieur à 66% (totale). L'assuré au chômage, n'exerçant pas d'activité professionnelle ou exerçant une activité professionnelle dans le cadre de missions intérimaires, ne peut être couvert par cette garantie.

Garanties DECES et PTIA :

L'Assureur, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion, verse un capital tel que défini ci-dessous :

- Dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts : la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, tel qu'il résulte du tableau d'amortissement de la banque fourni par l'assuré à la mise

- en place des garanties ou à défaut de l'échéancier établi par l'assureur comme base de l'assurance,
- Dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due (capital majoré des intérêts de différé) au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, tel qu'il résulte du tableau d'amortissement de la banque fourni par l'assuré à la mise en place des garanties ou à défaut de l'échéancier établi par l'assureur comme base de l'assurance,
- Dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Garanties INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL – INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Incapacité Temporaire Totale de travail : En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, l'Assureur verse à l'organisme financier prêteur désigné au certificat d'adhésion, les échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous, à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus d'arrêt de travail et au plus tard dans les limites prévues par le contrat. Ce délai de franchise est porté à 120 jours pour les garanties «incapacité temporaire totale de travail» et «invalidité permanente» accordées dans les DOM.

Si une expertise médicale diligentée par l'Assureur détermine que l'incapacité n'est plus totale, la prise en charge est interrompue.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « incapacité temporaire totale de travail » prévues au contrat, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie « invalidité permanente totale ».

Invalidité Permanente Totale ou Partielle : Lors de l'adhésion, vous avez le choix entre 2 options de garanties :

- l'invalidité permanente totale uniquement (>66%),
- l'invalidité permanente totale (>66%) ou partielle (comprise entre 33% et 66%).

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option choisie à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion, l'Assureur verse à l'organisme financier prêteur, tout ou partie des échéances du prêt garanties dès la date de consolidation de l'état d'invalidité, et ce jusqu'à la date de liquidation des régimes de retraite de l'assuré et au plus tard jusqu'à son 65^{ème} anniversaire. La franchise s'applique si l'invalidité n'est pas consécutive à une incapacité temporaire totale de travail déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'assuré.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'invalidité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

TAUX D'INVAL. PROF. (%)	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE (%)									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				10	15	20	25	50	100	
20				20	25	30	50	100	100	
30			10	30	35	45	75	100	100	
40			20	40	50	60	100	100	100	
50		10	30	50	60	80	100	100	100	
60		20	40	60	70	100	100	100	100	
70		30	50	70	85	100	100	100	100	
80	40	50	65	80	100	100	100	100	100	
90	50	70	80	90	100	100	100	100	100	
100	60	80	90	100	100	100	100	100	100	

- supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale.

Les mensualités du prêt sont prises en charge en totalité, - compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par l'assureur des mensualités du prêt est réduite proportionnellement en fonction du taux d'invalidité attribué dans le tableau ci-dessus,

- inférieur ou égal à 33% : aucune prestation n'est due.

L'Assureur aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Echéances du prêt garanties

L'Assureur se substitue à l'assuré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, et prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- Pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,
- Pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,
- Pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur le fraction d'intérêt échu selon la quotité assurée. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

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

5 - CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récidives sont exclues :

- **le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion,**
- **les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non quelque soit le lieu où se déroulent ces événements et les protagonistes,**
- **la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes ou mouvements populaires,**
- **les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,**
- **les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire,**
- **la manipulation par l'assuré ou un tiers, d'armes et d'explosifs dont la détention est interdite ou de produits dangereux,**
- **la pratique de tout sport à titre professionnel,**
- **la pratique à titre amateur de tout sport de combat, de tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur, toute activité sportive ou de loisir de voltige, de cirque, souterraine, aérienne, fluviale (rafting, hydrospeed), maritime, subaquatique, sport extrême de montagne y compris hors piste et sport de haute montagne, sauf dérogation particulière au certificat d'adhésion et après acceptation de l'Assureur sur la base d'une étude et tarification sur mesure,**
- **l'usage de stupéfiants, drogues, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,**
- **les conséquences de l'ivresse de l'assuré constatées médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné, ainsi que l'alcoolisme chronique, ses suites, conséquences et récidives,**
- **les périodes d'activité militaires.**

Sont en outre exclus de toutes les garanties du présent contrat, les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants, leurs suites et conséquences, sauf tarification spécifique après acceptation de l'assureur et par dérogation indiquée au certificat d'adhésion :

- travaux forestiers, convoyeurs de fonds, ouvrages d'art et de grande hauteur du BTP, travail de la mine ou souterrain ou galerie, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance armée/maintenance de l'ordre, pompiers volontaires ou professionnels, sportifs professionnels, artificier/usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision /intermittent du spectacle, professionnels du cirque, cascadeurs.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récurrences sont exclues :

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatiques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou s'il s'agit d'une fracture ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 7 jours continus,

- tout trouble fibromyalgique, toute affection psychopathologique, neuropsychiatrique, asthéo-anxio-dépressive et autres maladies psychiatriques sauf celles ayant motivé une hospitalisation d'au moins 30 jours continus en milieu psychiatrique,

- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat,

- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité Sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non,

- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

6 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais indiqués ci-dessous, doit déclarer à l'Assureur, ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'Assureur (ou le cas échéant à son médecin-consultant) de toutes les pièces et justificatifs nécessaires à l'Assureur pour l'étude de votre dossier en fonction des garanties souscrites. L'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à cette étude et d'effectuer un contrôle médical.

Délais de déclaration : Le sinistre doit être déclaré dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance. A défaut de déclaration dans le délai précité, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.

Toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant **devra également être déclarée dans un délai maximum de 30 jours**. A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail

précédemment remis à l'Assureur et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

7 - LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

L'assuré s'engage à informer l'Assureur par écrit, de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent.

L'assuré s'engage également à informer l'Assureur des accidents et maladies constatés médicalement antérieurement à la prise d'effet des garanties, de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque (changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s), changement de profession, tabagisme, situation personnelle ou professionnelle, etc...) intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant.

En cas de modification des garanties, l'assuré s'engage également à informer immédiatement l'Assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque tels que décrits ci-dessus, ainsi que toute modification de son état de santé, intervenus antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances, les cotisations versées restant acquises à l'Assureur.

De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants-droits ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

8 - EN CAS DE RECLAMATION

Toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat doit être présentée auprès de votre interlocuteur habituel ou directement auprès de l'assureur : SPHERIA VIE - 10, rue Émile Zola – 45000 ORLEANS.

Si après intervention de ceux-ci un désaccord subsiste, vous pourrez demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant votre demande à l'adresse suivante : COMMISSION DE MEDIATION - SPHERIA VIE - 10, Rue Émile Zola – 45000 ORLEANS.

9 - FACULTE DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informés que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHERIA VIE - 10, rue Émile Zola – 45000 ORLEANS, selon le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) demeurant àdéclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif « CREDIT CRD » et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où j'ai été informé(e) que le contrat est conclu.

Date : Signature : ».

CREDIT CRD

Conditions Générales au 01/03/2010

1 - L'OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative N°209JA0001 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance, association loi 1901 dont le siège social est sis 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS, auprès de SPHERIA VIE, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 10, Rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

Le contrat «CREDIT CRD» a pour objet de garantir à l'assuré titulaire d'un prêt consenti par un organisme financier, les prestations souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur.

2 - DEFINITIONS

SOUSCRIPTEUR : L'Association des Mutualistes pour l'Épargne et la Prévoyance (AMEP).

ASSUREUR : SPHERIA VIE.

ADHERENT : Personne physique ou morale, membre de l'AMEP adhérent au contrat et acquittant les cotisations.

ASSURE : Personne physique désignée comme telle au certificat d'adhésion, soit l'emprunteur, le co-emprunteur ou la caution, dont le Décès, la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle conditionne le paiement des prestations prévues au contrat.

ORGANISME FINANCIER PRETEUR : Désigne la personne morale qui accorde le prêt à l'assuré.

CONJOINT : Il s'agit du conjoint de l'assuré au jour du décès, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel par l'assuré à l'assureur ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

BENEFICIAIRE : Le bénéficiaire désigné pour recevoir lors de la réalisation du risque, les prestations prévues au contrat à concurrence des sommes qui lui sont dues, est :

- En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, par suite de maladie ou d'accident, et ce après la date d'acceptation du risque par l'assureur : l'organisme financier prêteur ayant consenti le prêt assuré et dont les coordonnées figurent sur la demande d'adhésion.

- En cas de décès par accident de l'assuré et au titre de la garantie « couverture provisoire accidentelle » prévue à l'article 8 : le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré par parts égales, sauf désignation contraire de l'assuré.

Si l'assuré est dirigeant d'une entreprise adhérente, le bénéficiaire en cas de décès est l'entreprise elle-même.

- En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré : l'organisme financier prêteur ayant consenti le prêt assuré dont les coordonnées figurent sur la demande d'adhésion, sauf avis contraire de ce dernier formulé par écrit auprès de l'assureur.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme

accident, au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardiovasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

HOSPITALISATION : Est un séjour (en jours entiers) dans un établissement de soins public ou privé dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d'un accident garanti par le contrat.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE : Est considéré comme atteint de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL : L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail si par suite de maladie ou d'accident survenant pendant la période de garantie, il se trouve dans l'impossibilité complète d'exercer une quelconque activité professionnelle. Cet état peut être constaté par expertise médicale de l'Assureur. La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date d'arrêt total de travail. L'assuré au chômage ou n'exerçant pas d'activité professionnelle ne peut être couvert par cette garantie.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ou PARTIELLE : L'assuré est considéré en état d'invalidité Permanente Totale ou Partielle lorsque par suite d'accident ou de maladie son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (partielle) ou supérieur à 66% (totale).

DATE D'ÉVÈNEMENT : On entend par date d'évènement :

- la date du début de l'arrêt de travail pour le calcul des prestations à verser au titre des garanties «Incapacité Temporaire Totale de travail» et «Invalidité Permanente Totale ou Partielle»,

- la date du décès de l'assuré ou de la reconnaissance de l'état de PTIA pour le calcul des prestations à verser au titre de la garantie « Décès/PTIA ».

FRANCHISE : Est la période mentionnée au certificat d'adhésion pendant laquelle aucune indemnité n'est due. Cette franchise est fixée à 90 jours continus d'arrêt de travail pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail » et « Invalidité Permanente ». L'indemnité est donc versée à compter du premier jour d'arrêt de travail suivant ce délai de franchise.

Ce délai de franchise est porté à 120 jours pour les garanties « incapacité temporaire totale de travail » et « invalidité permanente » accordées dans les DOM.

CONSOLIDATION : Stabilisation de l'état de santé de l'assuré, auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

LA QUOTITE DU PRÊT ASSURÉE : La quotité du prêt assurée est égale au rapport entre le capital assuré mentionné au certificat

d'adhésion et le montant du prêt. Elle ne peut excéder par assuré 100% du montant des engagements nés du prêt garanti et s'applique obligatoirement 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 le remboursement des échéances en Incapacité-Invalidité est limité à la quotité assurée.

3 - RELATION ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR

Le présent contrat à effet du 01/01/2009, modifié par avenant au 01/02/2010 est souscrit pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de la même année. Il sera ensuite reconduit tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation du souscripteur ou de l'Assureur notifié par lettre recommandée avec préavis de deux mois. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées dès réception par l'une ou l'autre des parties de la lettre recommandée de résiliation. Les adhésions en cours à cette date se poursuivent en l'état jusqu'à leur terme, sauf résiliation anticipée ou modification tarifaire telles que prévues à l'article 8.

Le souscripteur doit remettre aux adhérents, avec la demande d'adhésion, une copie des présentes conditions générales et Notice d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle notice d'information.

4 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Les garanties définies ci-après le sont pour un assuré à 100%. Les prestations auxquelles un assuré peut prétendre sont calculées en tenant compte de la quotité assurée sur sa tête, telle que définie à l'article 2.

DECES-PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à une maladie ou un accident médicalement constaté et reconnu par l'Assureur, il est versé au bénéficiaire désigné au certificat d'adhésion, le capital garanti tel que défini ci-dessous, restant dû au jour de l'évènement, au titre du ou des prêts assurés selon la quotité définie au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, les mensualités du prêt restées impayées au jour du décès ou de la reconnaissance de l'état de PTIA, ne seront en aucun cas prises en charge par l'Assureur. Le paiement du capital met fin à l'adhésion dans tous ses effets.

Capital garanti :

L'Assureur, selon les modalités prévues au certificat d'adhésion, verse un capital tel que défini ci-dessous :

- Dans le cas d'un prêt amortissable (y compris prêts modulables) sans différé d'amortissement de capital et d'intérêts: la quotité assurée du montant du capital restant dû au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, tel qu'il résulte du tableau d'amortissement de la banque fourni par l'assuré à la mise en place des garanties ou à défaut de l'échéancier établi par l'assureur comme base de l'assurance,

- Dans le cas d'un prêt amortissable avec différé d'amortissement de capital et d'intérêts ou d'un prêt modulable : pendant la période de différé, la quotité assurée de la somme totale restant due

(capital majoré des intérêts de différé) au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, tel qu'il résulte du tableau d'amortissement de la banque fourni par l'assuré à la mise en place des garanties ou à défaut de l'échéancier établi par l'assureur comme base de l'assurance,

- Dans le cas d'un prêt relais ou d'un prêt in fine : la quotité assurée du capital mentionné au certificat d'adhésion.

Couverture provisoire accidentelle :

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'acceptation du risque, l'assuré est garanti contre le risque de décès suite à un accident au sens de l'article 2 des conditions générales. Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré dans la limite de 150 000 € et sous réserve des limites et exclusions prévues aux conditions générales.

La date d'effet de cette garantie est la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie prend fin au jour de la notification par l'assureur de refuser ou d'accepter le risque, et au plus tard 60 jours après la date d'effet de cette garantie.

Le bénéficiaire de cette prestation est défini à l'article 2 des conditions générales.

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

Incapacité Temporaire Totale de Travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré consécutive à une maladie ou un accident, l'Assureur verse à l'organisme financier prêteur désigné au certificat d'adhésion, les échéances du prêt garanties telles que définies ci-dessous, à l'expiration du délai de franchise et au plus tard dans les limites prévues à l'article 2.

Si une expertise médicale diligentée par l'Assureur détermine que l'incapacité n'est plus totale, la prise en charge est interrompue.

Rechute

En cas de rechute de l'assuré dans un délai maximum de 60 jours suivant la reprise d'activité, sous réserve que la preuve soit apportée que le nouvel arrêt de travail résulte des mêmes causes que le précédent arrêt ayant donné lieu au versement des prestations, l'Assureur prend en charge le montant des échéances postérieures à la date du nouvel arrêt de travail, sans imposer un nouveau délai de franchise.

A l'issue des limites d'indemnisation de la garantie « incapacité de travail » telles que définies à l'article 2, le maintien de la prise en charge est examiné au titre de la garantie «Invalidité Permanente Totale ou Partielle» dans les dispositions ci-après.

Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Lors de l'adhésion, l'assuré a le choix entre deux options de garanties :

- l'Invalidité Permanente Totale uniquement (>66%),
- l'Invalidité Permanente Totale (>66%) ou Partielle (comprise entre 33% et 66%).

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle de l'assuré, en fonction de l'option souscrite lors de l'adhésion et définie au certificat d'adhésion, l'Assureur verse à l'organisme financier prêteur, tout ou partie des échéances du prêt garanties dans les conditions définies ci-après. Cette garantie est accordée, dès la date de consolidation de l'état d'invalidité, et ce jusqu'à la date de liquidation des régimes de retraite de l'assuré et au plus tard jusqu'à son 60ème anniversaire.

La franchise sera appliquée si l'invalidité n'est pas consécutive à une Incapacité Temporaire Totale de travail déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est à la fois fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'assuré.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi de 0% à 100%. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale, consécutive à l'accident ou la maladie. Il est fixé par expertise et par référence au barème édité par la revue « Le Concours Médical ».

Le taux d'invalidité professionnelle est établi de 0% à 100%. Il est fixé par expertise. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée.

Le taux d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle est déterminé en fonction des deux taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

TAUX D'INVALID. PROF. (%)	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE (%)									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	100
10				10	15	20	25	50	100	100
20				20	25	30	50	100	100	100
30			10	30	35	45	75	100	100	100
40			20	40	50	60	100	100	100	100
50	10	30	50	60	80	100	100	100	100	100
60	20	40	60	70	100	100	100	100	100	100
70	30	50	70	85	100	100	100	100	100	100
80	40	50	65	80	100	100	100	100	100	100
90	50	70	80	90	100	100	100	100	100	100
100	60	80	90	100	100	100	100	100	100	100

Détermination du montant de la prestation Invalidité :

Si le taux d'invalidité N, déterminé à partir des taux fonctionnels et professionnels tels que définis ci-dessus, est :

- supérieur à 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale. Les mensualités du prêt sont prises en charges en totalité,
- compris entre 33% et 66% : l'assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle. La prise en charge par l'Assureur des mensualités du prêt est réduite proportionnellement en fonction du taux d'invalidité attribué dans le tableau ci-dessus,
- inférieur ou égal à 33% : aucune prestation n'est due.

L'Assureur aura la possibilité de réviser ce taux, après un nouvel examen médical, en augmentation ou en diminution, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Un assuré ne peut être considéré en Invalidité Permanente Totale s'il continue d'exercer une activité professionnelle.

Echéances du prêt garanties :

L'Assureur se substitue à l'assuré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, et prend en charge les échéances du prêt au prorata du nombre exact de jours d'arrêt de travail justifiés et décomptés depuis la fin du délai de franchise, dans les conditions suivantes :

- Pendant la période d'amortissement (y compris prêts modulables) : le montant des échéances prévues au tableau d'amortissement du prêt, selon la quotité assurée,

- Pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts correspondant à la capitalisation de la somme prêtée, selon la quotité assurée,

- Pour les prêts relais et in fine : la prise en charge ne porte que sur la fraction d'intérêt échu. Ne sont pas couvertes les dernières échéances qui constituent le remboursement du capital.

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

5 - COMMENT ADHERER AU CONTRAT ? CONDITIONS D'ADHESION

ASSURES : Peuvent être admises au bénéfice de l'assurance, les personnes physiques âgées de 20 ans à moins de :

- 75 ans pour la garantie « Décès »,
- 59 ans pour les garanties «PTIA », «Incapacité Temporaire Totale de travail » et «Invalidité Permanente Totale»,
- 55 ans pour la garantie «Invalidité Permanente Partielle»,

ayant satisfait aux formalités suivantes :

- remplir et signer une demande d'adhésion,
- remplir et signer un questionnaire de santé,
- accepter de se soumettre à des formalités supplémentaires, y compris médicales, si l'Assureur le juge nécessaire.

L'assureur se réserve alors le droit de différer l'adhésion, de ne l'accepter que sous certaines conditions (exclusions partielles ou surprimes) ou de la refuser,

- indiquer son(s) activité(s) professionnelle(s) réellement exercée(s) à l'adhésion,
- régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Pour tout adhérent se trouvant en situation de retraite ou de préretraite ou pour toute personne non soumise aux régimes sociaux français, seul le risque Décès est couvert.

PLAFOND DE GARANTIE

Le montant maximum du capital cumulé qui peut être garanti en un ou plusieurs prêts, pour un même assuré, est limité à 1 000 000 €, y compris pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité dans la limite d'une échéance mensuelle totale de 7 500 €.

ADHESIONS MULTIPLES AU TITRE D'UN MEME PRET

En cas d'adhésions multiples au contrat collectif «CREDIT CRD» venant en couverture d'un même prêt et dès lors qu'il y a ouverture simultanée de plusieurs droits aux prestations, le montant maximum des prestations versées au titre d'un même prêt ne pourra excéder :

- en Décès ou PTIA : 100% du capital restant dû à l'Organisme financier quelque soit le nombre de têtes assurées dans la limite de 100% du montant total du prêt,
- en Incapacité de travail ou Invalidité Permanente : 100% du montant des échéances du prêt quelque soit le nombre de têtes assurées.

6 - CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

L'ensemble des affections et évènements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récurrences sont exclues :

- **le suicide ou la tentative de suicide conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion,**

- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non quelque soit le lieu ou se déroulent ces événements et les protagonistes,
- la participation de l'assuré à tout duel, délit, acte criminel ou rixe, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes ou mouvements populaires,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,
- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire,
- la manipulation par l'assuré ou un tiers, d'armes et d'explosifs dont la détention est interdite ou de produits dangereux,
- la pratique de tout sport à titre professionnel,
- la pratique à titre amateur de tout sport de combat, de tout sport nécessitant l'usage d'engins à moteur, toute activité sportive ou de loisir de voltige, de cirque, souterraine, aérienne, fluviale (rafting, hydrospeed), maritime, subaquatique, sport extrême de montagne y compris hors piste et sport de haute montagne, sauf dérogation particulière au certificat d'adhésion et après acceptation de l'Assureur sur la base d'une étude et tarification sur mesure,
- l'usage de stupéfiants, drogues, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale ou obtenus frauduleusement,
- les conséquences de l'ivresse de l'assuré constatées médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné, ainsi que l'alcoolisme chronique, ses suites, conséquences et récidives,
- les périodes d'activité militaires.

Sont en outre exclus de toutes les garanties du présent contrat, les sinistres occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants, leurs suites et conséquences, sauf tarification spécifique après acceptation de l'assureur et par dérogation indiquée au certificat d'adhésion :

- travaux forestiers, convoyeurs de fonds, ouvrages d'art et de grande hauteur du BTP, travail de la mine ou souterrain ou galerie, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance armée/maintien de l'ordre, pompiers volontaires ou professionnels, sportifs professionnels, artificier/usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision /intermittent du spectacle, professionnels du cirque, cascadeurs.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

L'ensemble des affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et leurs récidives sont exclues :

- toute atteinte et/ou affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire : pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose, entraînant cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciatiques, cruralgies. Cette exclusion ne s'applique pas en cas d'origine tumorale ou si une intervention chirurgicale est nécessaire durant cette incapacité de travail nécessitant une hospitalisation d'au moins 7 jours continus,

- tout trouble fibromyalgique, toute affection psycho-pathologique, neuropsychiatrique, asthéo-anxio-dépressive et autres maladies psychiatriques sauf celles ayant motivé une hospitalisation d'au moins 30 jours continus en milieu psychiatrique,
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat,
- les congés légaux de maternité et paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité Sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non,
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.

7 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les délais prévus au paragraphe «délais de déclaration», doit déclarer à l'Assureur ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat. L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'Assureur (ou le cas échéant à son médecin-consultant) de toutes les pièces mentionnées respectivement ci-dessous pour chaque garantie et sous réserve du contrôle prévu à l'article «contrôle médical».

En cas de décès :

- l'original du certificat d'adhésion et de ses avenants éventuels,
- un extrait d'acte de décès de l'assuré,
- sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-consultant 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,
- en cas de décès des suites d'un accident, un constat de gendarmerie ou rapport de police, précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident,
- une attestation de l'organisme financier confirmant le montant de la prestation à verser,
- le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'Assureur ou le médecin-consultant de celui-ci pour l'instruction du dossier.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- l'origine du certificat d'adhésion et de ses avenants éventuels,
- la notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne délivrée par le Régime obligatoire,
- sous pli confidentiel à l'attention du médecin-consultant de l'Assureur, un certificat médical détaillé du médecin traitant (sur imprimé type fourni par l'Assureur) :
 - précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
 - confirmant que l'assuré se trouve médicalement dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit, et dans l'obligation de recourir définitivement à l'assistance d'une tierce

personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante,

- en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie des suites d'un accident, un constat de gendarmerie ou rapport de police, précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'Assureur ou le médecin-consultant de celui-ci pour l'instruction du dossier.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

- sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-consultant 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, la date et l'importance de l'invalidité reconnue,
- en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité consécutive à accident, un constat de gendarmerie ou rapport de police, précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident,
- le tableau d'amortissement annexé au contrat de prêt assuré,
- les certificats médicaux d'arrêt de travail et de prolongation ainsi que les décomptes de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime obligatoire,
- la notification d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime obligatoire et les décomptes de règlement de la rente d'invalidité dudit organisme,
- toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'Assureur ou le médecin-consultant de celui-ci pour l'instruction du dossier.

En cas de guérison ou de consolidation, l'assuré doit adresser à l'Assureur un certificat médical attestant de la date de reprise de son(ses) activité(s) avec guérison ou consolidation et, dans ce cas, le degré d'invalidité.

Les pièces émanant de la COTOREP ne permettent pas de justifier un arrêt de travail ou une invalidité.

Dans tous les cas, l'Assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision sur la prise en charge.

L'Assureur, après acceptation du sinistre, s'engage à régler le montant des prestations dues au bénéficiaire désigné dans les 30 jours suivant la réception de toutes les pièces justificatives.

DELAIS DE DECLARATION :

Tout sinistre doit être déclaré à l'Assureur, ou par délégation auprès de l'organisme gestionnaire désigné par lui, dans un délai maximum de 30 jours à compter de leur date d'événement au sens de l'article 2.

A défaut de déclaration dans les délais précités, le sinistre sera considéré comme étant survenu au jour de sa déclaration et la franchise prévue sera décomptée à partir de cette date.

Par ailleurs, toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra être déclarée à l'Assureur dans un délai maximum de 30 jours.

A défaut de déclaration dans le délai précité, l'assuré sera considéré comme ayant repris son activité professionnelle à l'expiration de la

période indiquée dans le certificat d'arrêt de travail précédemment remis à l'Assureur et les périodes comprises entre cette date et le début de la période de prolongation reçue tardivement ne pourront faire l'objet d'aucune indemnisation.

CONTROLE DE L'ASSURE

L'Assureur peut, à tout moment, faire procéder par un médecin mandaté à cet effet, aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou le bénéficiaire refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'Assureur.

8 - LA VIE DE L'ADHESION

EFFET, DUREE ET CESSATION DES GARANTIES DE L'ADHESION

Effet des garanties :

Les garanties sont acquises, après acceptation de l'Assureur, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'Assureur à l'adhérent et au plus tôt à la date d'acceptation de l'offre de prêt par l'assuré, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation.

Les garanties se renouvellent ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme de la durée définie ci-après.

Durée des garanties :

La durée est celle prévue au contrat de prêt, sans pouvoir dépasser une durée maximum de 35 ans pour les prêts amortissables et 30 ans pour les autres types de prêts, y compris prolongation de durée de 5 ans maximum pour les prêts modulables et différé d'amortissement d'une durée maximum de 5 ans (ou différé d'amortissement de 18 ans maximum pour les prêts à taux 0).

Modification des garanties :

En cours de vie de l'adhésion, l'adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties :

- Augmentation (capital, échéance, durée de remboursement) ou adjonction de garantie : les nouvelles garanties seront acquises, après acceptation par l'Assureur sous réserve que l'assuré ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'Assureur, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Lorsque l'adhérent est différent de l'assuré, l'augmentation de la garantie Décès se fait sous réserve de l'obtention de l'accord écrit de l'assuré sur le nouveau montant.

Tout sinistre ayant une date d'événement antérieure à la prise d'effet de l'avenant sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'Assureur et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant.

- Diminution ou suppression de garantie : avant modification, l'Assureur demandera une autorisation écrite à l'Organisme Financier prêteur auprès duquel une délégation ou une mise en gage de l'adhésion a été faite.

La diminution ou suppression de garantie prendra effet à la date d'acceptation de ces nouvelles conditions par l'Organisme Financier, après confirmation écrite de ce dernier à l'Assureur.

- Changement de tarif « fumeur »/« non

fumeur ».

Si l'assuré souhaite bénéficier du tarif « non fumeur », cette option ne pourra lui être accordée qu'au terme d'un délai minimum de 2 ans suivant l'arrêt définitif de son tabagisme et sous réserve d'acceptation par l'Assureur après nouvelle sélection des risques.

Cessation des garanties :

Toutes les garanties cessent automatiquement :

- en cas de survenance de toute cause d'exigibilité immédiate des sommes restant dues au prêteur prévue aux conditions générales du contrat de prêt, l'assuré ne faisant alors plus partie du groupe assuré au sens de l'article L140-3 du Code des Assurances,

- à la date d'expiration normale ou anticipée des engagements de l'assuré-emprunteur vis-à-vis de l'organisme financier,

- au 86^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie « Décès » et au 65^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie « PTIA »,

- au jour de départ en retraite ou préretraite de l'assuré et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire pour les garanties « Incapacité Temporaire Totale de travail » et « Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

- en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),

- au décès de l'assuré,

- à la date de reconnaissance de l'état de PTIA de l'assuré.

N.B. : Lorsque l'assuré atteint l'âge limite prévu pour la garantie PTIA, la totalité de la prime d'assurance afférente à la garantie « Décès / P.T.I.A. » est portée sur le risque Décès, et ce, jusqu'à la date de cessation de l'assurance.

Résiliation de l'adhésion :

Par l'adhérent : au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'Assureur, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1er janvier.

En cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur : en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement).

En cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Par l'adhérent ou l'Assureur : en cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, soit sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée, en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation ou de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

NOTA : Toute résiliation demandée par l'adhérent sera effective sous réserve des dispositions ci-dessus et du consentement écrit de l'organisme financier ayant consenti le prêt. En cas de résiliation à l'initiative de l'Assureur, celui-ci s'engage à informer par courrier l'établissement financier prêteur réputé bénéficiaire acceptant.

Obligation de déclaration :

L'Assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'assuré et/ou de l'adhérent. L'assuré s'engage à informer l'Assureur par écrit, de tout remboursement partiel ou total du prêt bancaire et ce au maximum dans les 30 jours qui suivent.

L'assuré s'engage également à informer l'Assureur des accidents et maladies constatés médicalement antérieurement à la prise d'effet des garanties, de toute aggravation ou modification des éléments constitutifs du risque (changement des caractéristiques du(des) prêt(s) assuré(s), changement de profession, tabagisme, situation personnelle ou professionnelle, etc...) intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties et/ou de l'avenant. En cas de modification des garanties, l'assuré s'engage également à informer immédiatement l'Assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque tels que décrits ci-dessus, ainsi que toute modification de son état de santé, intervenus antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances, les cotisations versées restant acquises à l'Assureur. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'assuré, de ses ayants-droits ou du bénéficiaire, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

PAIEMENT DES COTISATIONS

MODE DE CALCUL :

La cotisation annuelle est calculée en fonction du sexe et de l'âge de l'assuré au moment de l'adhésion et en cours de vie de l'adhésion. L'âge de l'assuré est déterminé par la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de son année de naissance.

La cotisation annuelle est calculée également en fonction de la durée du prêt, de la nature des garanties souscrites, de la profession de l'assuré et de la classe de risque correspondante, de l'option fumeur/non-fumeur retenue en décès, des éléments constitutifs du risque à assurer tels que définis au paragraphe ci-dessus et des options tarifaires spécifiques à chaque type de prêt assuré (amortissable, prêt-relais, in fine).

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

La cotisation pourra évoluer en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif.

MODE DE PAIEMENT DE LA COTISATION :

L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans un délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle peut être payée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement sans frais de fractionnement.

DEFAUT DE PAIEMENT :

En cas de non paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée : la cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent dues en totalité à l'Assureur (art L113-3 du Code des Assurances).

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'Assureur diminuera les prestations dues des cotisations impayées.

NOTA : L'Assureur s'engage à informer par courrier l'établissement prêteur de tout acte de mise en demeure pour non-paiement ou de résiliation.

9 - TERRITORIALITE

L'assurance est valable dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion.

Toutefois lorsque l'accident ou la maladie survient et/ou se prolonge hors de France Métropolitaine ou DOM, le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine ou DOM.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail survenant hors de France Métropolitaine ou DOM, les prestations ne sont dues que pour les jours d'incapacité postérieurs au rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine ou DOM, après application de la franchise prévue.

En cas d'Invalidité Permanente, la détermination du taux de l'invalidité par voie d'expertise amiable, a toujours lieu en France Métropolitaine ou DOM.

10 - PRESCRIPTION, PRELEVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

PRESCRIPTION :

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'Assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

PRELEVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

Tous les prélèvements fiscaux et sociaux présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'adhérent.

11 - LITIGES ET ARBITRAGE

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'Assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Organismes d'Assurance.

12 - EXAMEN DES RECLAMATIONS COMMISSION DE MEDIATION

L'interlocuteur habituel de l'adhérent reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou réclamation relative à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de l'Assureur.

Si après intervention de ceux-ci un désaccord subsiste, l'adhérent ou l'assuré pourra demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant sa demande à l'adresse suivante :

COMMISSION DE MEDIATION
SPHERIA VIE
10, Rue Emile Zola – 45000 ORLEANS

13 - FACULTE DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : SPHERIA Vie – 10 rue Emile Zola – 45000 ORLEANS. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

Modèle de lettre de renonciation (à adresser à SPHERIA Vie par lettre recommandée avec accusé de réception) :

«Je soussigné(e) demeurant à déclare renoncer à mon adhésion au contrat collectif «CREDIT CRD» dont la date d'effet est fixée au .../.../... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où j'ai été informé(e) que le contrat est conclu.

Date : Signature : ».

14 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément aux dispositions de la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978, l'adhérent ou l'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, de ses réassureurs ou de tout organisme concerné. Un droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de SPHERIA VIE – 10, Rue Emile Zola – 45000 ORLEANS.

15 - AUTORITE DE CONTROLE

SPHERIA VIE est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.