Ref : APP0122-NI-02/2022

premium
axeria prévoyance

PREMIUM CRD
NOTICE D'INFORMATION

axeria prévoyance

NOTICE D'INFORMATION
DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF DE PRÊT - APP0122
(VERSION MARS 2022)

La présente notice valant conditions générales référencées « APP 01/22 » a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après le Contrat) « AXERIA PREVOYANCE PREMIUM CRD 01/22 » souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R) auprès d'Axeria Prévoyance sous le numéro de convention MA2022ADP01. Le Contrat est régi par le droit français et notamment par le code des assurances. La langue utilisée pendant la durée du contrat est la langue française.

L'organisme assureur du Contrat est Axéria Prévoyance compagnie d'assurance vie au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé au21 rue Lafitte 75009 Paris, RCS Paris 350 261 129. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09. Elle est également désignée ci-après par le terme « Assureur ».
Le Souscripteur est l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R.) - association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 située au, 120 avenue du Général Leclerc 75014 Paris, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par l'Assureur relevant du Code des assurances. Elle est également désignée ci-après par le terme « Association ».

La gestion du contrat est confiée à FOREVER Société de Courtage en assurances, gestion de contrats d'assurance - Société par actions simplifiée (Société à associé unique) - au capital de 10 000 euros - Siège social : 73 Rue du Château 92100 Boulogne- Billancourt - 890 767 940 RCS NANTERRE – Orias : 20009474 ci-après dénommée le Gestionnaire.

L'adhésion au Contrat est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice d'information et le Certificat d'adhésion.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscules dans la présente notice, la signification suivante :

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure. Toutefois, sont considérés comme des Maladies et non comme des Accidents, les lésions organiques provoquées par un effort, les insolations, congélations et congestions.

Actes de la Vie Quotidienne : Faculté pour les Assurés d'assurer cumulativement les actes suivants : se déplacer, se nourrir, se laver et s'habiller.

Adhérent : La personne physique ou morale qui adhère à l'association et au présent contrat et en paie les cotisations.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Arrérage : Somme d'argent due périodiquement par l'emprunteur à l'Organisme prêteur.

Assuré : Personne qui est couverte au titre des garanties du contrat. L'Assuré est inscrit au Certificat d'adhésion.

Bénéficiaire : L'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'adhésion ou éventuellement pour la garantie Décès, (la)les personne(s) physique(s) désignée(s) après accord de l'Organisme prêteur en cas d'avenant de cession.

Caution :

- La personne physique qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir,
- Le dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'Organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment : les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des Franchises.

Consolidation : Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, constatée par expertise médicale, permettant de se prononcer médicalement sur le caractère présumé définitif et permanent de son état de santé.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties mentionnée au Certificat d'adhésion. Tout Sinistre survenu pendant ce délai, ses suites et conséquences sont définitivement exclus des garanties.

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Spécifique si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une incapacité professionnelle et une incapacité fonctionnelle supérieure ou égale à 70%.

Hospitalisation : Fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit. Est considéré comme établissement hospitalier un hôpital ou une clinique habilité à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire.

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

- L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considérée en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer son activité professionnelle,
- L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer trois (3) des quatre (4) Actes de la Vie Quotidienne (se déplacer, se nourrir, se laver et s'habiller) en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e).

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Partielle si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 33% et inférieure à 66%.

LEXIQUE (suite)

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Permanente Totale si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il présente une invalidité supérieure ou égale à 66%.

Invalidité Professions Médicales (I.P.M.) : Etat qui place l'Assuré, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), dans l'impossibilité définitive d'exercer sa profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien ou de vétérinaire.

L'invalidité est appréciée par rapport au barème spécial figurant en Annexe (Barème invalidité professionnelle permanente à 100%).

Lettre Recommandée Electronique : Pour être conforme et recevable, une Lettre Recommandée Electronique doit être acheminée par un tiers selon un procédé permettant d'identifier le tiers, de désigner l'expéditeur, de garantir l'identité du destinataire et d'établir si le document a été déposé et remis au destinataire, conformément aux dispositions de l'article L100 du Code des Postes et des Communications Electroniques.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant garanti : Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la Quotité assurée.

Organisme prêteur : Le prêteur, établissement de crédit, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : Etat qui place l'Assuré dans l'inaptitude totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Prêt immobilier : Contrat de crédit destiné à financer l'acquisition ou la construction d'un bien à usage d'habitation ou à usage mixte d'habitation et professionnel ainsi que les travaux s'y rapportant ou à financer l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de ce bien.

Quotité assurée : Pourcentage du capital emprunté, assuré au titre du présent contrat choisi par l'Adhérent pour chaque Assuré. Ce pourcentage peut être inférieur ou égal à 100% pour chaque Assuré.

Rechute : Est considéré comme une rechute tout nouvel arrêt de travail ou toute nouvelle impossibilité d'effectuer trois (3) des quatre (4) Actes de la Vie Quotidienne résultant de l'Affection initiale, toute aggravation de l'Affection initiale ou toute apparition d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial.

Résidence : Désigne le lieu d'habitation, actuel ou futur déclaré à l'adhésion, de plus de six (6) mois par an pour une personne physique et le lieu du siège social ou de l'établissement pour une personne morale.

Sinistre : Evénements donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion au Contrat lorsque celui-ci est en vigueur : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Professions Médicales, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Invalidité Spécifique.

CONDITIONS D'ADMISSION

Pour adhérer au Contrat, l'Adhérent doit :

- Etre une personne physique âgée de 18 ans au moins au moment de la demande d'adhésion ou une personne morale,
- remplir les conditions de Résidence prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- avoir contracté un emprunt ou un crédit-bail ou être Caution d'un emprunt ou d'un crédit-bail libellé en euros ou en francs suisses convertis en euros et rédigé en français auprès d'un Organisme prêteur d'un montant minimum garanti supérieur à 17 000 euros.

Sont éligibles aux garanties du Contrat, uniquement les types de prêts suivants d'une durée maximale de 360 mois :

- Prêt amortissable à taux fixe ou à taux variable, par échéances constantes, avec ou sans différé (total ou partiel) d'amortissement, à paliers, sans ou avec différé d'amortissement,
- Prêt remboursable in fine,
- Le crédit-bail,
- Les prêts relais d'une durée maximale de 36 mois.

Pour les Prêts immobiliers, le Contrat est ouvert à l'Assuré personne physique sous réserve que :

- le montant total assuré au titre des emprunts de l'Assuré à la date d'effet du nouveau projet est strictement supérieur à 200 000 euros en incluant le montant assuré du nouvel emprunt,

et/ou

- l'emprunt se termine au-delà du 60e anniversaire de l'Assuré.

Ne sont pas éligibles aux garanties du Contrat, les types de prêts suivants:

- **les crédits de trésorerie (le découvert bancaire et la facilité de caisse),**
- **les crédits permanents renouvelables,**
- **les prêts viagers hypothécaires,**
- **les prêts Europlan,**
- **les prêts entre particuliers,**
- **les crédits-vendeurs,**
- **les prêts à la consommation**
- **les prêts participatifs et obligataires.**

Pour être assuré au titre du Contrat, l'Assuré doit :

- Etre une personne physique âgée, au moment de la demande d'adhésion, de 18 ans au moins et de 85 ans au plus pour la garantie Décès et de 64 ans au plus pour les autres garanties,
- Remplir les conditions de Résidence prévues en fonction des garanties choisies, mentionnées dans le tableau ci-après,
- Etre emprunteur, co-emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale,
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant.

GARANTIES	Lieu de résidence						
	France Métropolitaine	La Réunion Guadeloupe Martinique Guyane Saint-Martin Saint-Barthélemy	Mayotte, Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon, Terres australes et antartiques, Wallis et Futuna	Union Européennes, Espace Economique Européen, Suisse	Monaco	Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Nouvelle Zélande, Royaume-Uni	Autres pays (sur étude)
DÉCÈS	X	X	X	X	X	X	X
P.T.I.A	X	X	X	X	X	X	X
I.T.T	X	X		**sur étude**	X		
I.P.T	X	X		**sur étude**	X		
I.P.P	X	X			X		
Option MNO	X	X			X		
I.P.M	X				X		
G.I.S	X	X			X		
Lieu de l'organisme prêteur	L'Organisme prêteur doit être situé en France, en Suisse, à Monaco, au sein de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen			L'Organisme prêteur doit être situé en France			

L'Assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra demander à l'Assuré de communiquer :

- Le tableau d'amortissement de l'emprunt,
- L'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de Caution.

L'Assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier d'adhésion.

OBJET DE L'ASSURANCE

Le Contrat a pour objet de garantir, en fonction des garanties et de la Quotité assurée choisies par l'Adhérent, le versement par l'Assureur à l'Organisme prêteur :

- D'un capital en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou l'Invalidité Professions Médicales de l'Assuré ;
- D'un capital ou tout ou partie des mensualités du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance, en cas d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) de l'Assuré,
- De tout ou partie des mensualités du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit-bail) venant à échéance, en cas d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) ou d'Invalidité Spécifique de l'Assuré (G.I.S.)

Concernant la garantie Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), l'Adhérent a le choix entre la Franchise de 30, 60, 90 ou 180 jours si l'Assuré exerce de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion.

Si l'Assuré n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion ou s'il réside dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy, à Saint Martin, l'Adhérent a le choix entre la Franchise de 90 ou 180 jours.

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées au Certificat d'adhésion.

ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'ensemble des garanties décrites au paragraphe « DETAIL DES GARANTIES » s'exercent dans le monde entier.
En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.
Les garanties seront mises en œuvre selon les modalités définies au Contrat.

DATE D'EFFET DES GARANTIES

► Formalités d'adhésion

Pour adhérer au Contrat, chaque proposant doit :

- satisfaire aux formalités médicales et administratives qui lui sont demandées en fonction de son âge, des montants garantis et de son état de santé ;
- reconnaître adhérer à l'association contractante (l'APPSR) pour laquelle une cotisation sera à régler au moment de l'adhésion au contrat.
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le questionnaire de santé,
- exercer lors de son adhésion une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.T.P., I.P.T. et I.P.P.,

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entrainera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur. La fausse déclaration non intentionnelle n'entraine pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

► Prise d'effet des garanties

L'adhésion au Contrat est soumise à l'acceptation préalable de l'Assureur concrétisée par l'émission du Certificat d'adhésion.
Les garanties prennent effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à compter de la date de signature de l'offre de prêt relatif à l'emprunt assuré ou de la signature de l'acte de cautionnement et au plus tôt au lendemain de l'émission du Certificat d'adhésion.
La date d'effet des garanties est indiquée sur le Certificat d'adhésion.
En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

► Garantie Temporaire

L'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire en cas de décès suite à un Accident survenant entre la date de réception de la demande d'adhésion et la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du Certificat d'adhésion. Le Montant garanti est égal au montant du capital indiqué dans la demande d'adhésion au titre de la garantie Décès dans la limite de 310 000 euros.

Cette garantie prendra fin dès que l'Assureur aura notifié à l'Assuré l'acceptation de son adhésion concrétisée par l'envoi du Certificat d'adhésion ou le refus de son adhésion. Elle cessera automatiquement si l'Assuré ne donne pas suite à sa demande et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle l'Assureur réceptionne la demande d'adhésion.

► Délai d'attente

Pour les prêts déjà en cours et non assurés au moment de l'adhésion, un Délai d'attente de trois (3) mois est applicable lorsque les Sinistres sont dus à des Maladies.
Dans tous les autres cas, aucun Délai d'attente n'est applicable aux Sinistres résultant et/ou provenant d'Accidents, de Maladies et d'Affections.

► Renonciation

<u>Si l'adhésion au Contrat est réalisée à distance (ou internet) :</u>

Si l'adhésion a été effectuée à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement (c'est-à-dire en dehors des locaux professionnels de l'intermédiaire en assurance), conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, il est possible de renoncer à l'adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus. Le point de départ du délai de renonciation est défini comme suit :
« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :
a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu, (date d'effet des garanties indiquée au Certificat d'adhésion)
b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a »

Dans tous les autres cas :

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date d'effet des garanties indiquée au Certificat d'adhésion.

► Modalités de la renonciation

Dans tous les cas, pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit avoir obtenu l'accord écrit de l'Organisme prêteur. La décision de renonciation doit être notifiée au Gestionnaire au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté faite par lettre envoyée par la poste à l'adresse suivante :

Forever
Offre Axeria Prevoyance Premium CRD
14 rue Pierre Gilles de Gennes
76130 Mont Saint Aignan

Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit de transmettre la décision de renonciation avant l'expiration du délai de rétractation de 30 jours susmentionné en utilisant par exemple le modèle ci-après :

« Je soussigné(e) M ..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon Contrat AXERIA PREVOYANCE PREMIUM CRD 01/22 n°..... que j'ai souscrit.
Fait à …….. le …….. signature de l'Adhérent …… ».

► Effets de la renonciation

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre.
La garantie Décès est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restituée et au plus tard, jusqu'au 30ème jour suivant la date d'effet des garanties.
Si la mise en œuvre des garanties contractuelles a déjà été sollicitée, l'Adhérent ne peut plus exercer son droit à renonciation.

► Durée des garanties

L'adhésion au Contrat a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que le Contrat soit toujours en vigueur.

► Cessation de l'adhésion et des garanties

La cessation de l'adhésion au Contrat met fin à l'ensemble des garanties et aux droits à indemnisation.

L'adhésion cesse :

■ De plein droit :

- En cas de dénonciation des conventions par l'Association ou par l'Assureur à l'échéance annuelle. En cas de résiliation du Contrat, les Adhérents et Assurés en seront informés moyennant un préavis de 3 mois et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra conformément aux dernières dispositions en vigueur et les Adhérents resteront Adhérents de l'Association,
- Au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- En cas de résiliation du crédit-bail,
- En cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- Dès que l'Adhérent a entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de son adhésion,
- Dès que l'Assuré perd sa qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur ou de Caution, ou si l'Adhérent est une personne morale, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la société adhérente,
- Lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
  - pour la garantie Décès au 31 décembre de son 90ème anniversaire,
  - pour la garantie P.T.I.A., au 31 décembre de son 70ème anniversaire,
  - pour toutes les autres garanties, à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée. En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance.

■ A l'initiative de l'Adhérent :

Pour les Prêts immobiliers mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113- 12-2 du code des assurances.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du prêteur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de substitution, l'Assuré devra notifier également au Gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique la décision de l'Organisme prêteur (article L 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par l'Organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

Pour l'ensemble des prêts professionnel ou non professionnel :

- chaque année au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé ou d'une Lettre recommandée électronique adressé au Gestionnaire au plus tard le 31 octobre avec l'accord de l'Organisme prêteur.

Dans tous les cas, l'Adhérent devra adresser son courrier:

- Par lettre recommandée à l'adresse suivante :

Forever,
Offre Axeria Prevoyance Premium CRD
14 rue Pierre Gilles de Gennes
76130 Mont Saint Aignan

- Lettre recommandée électronique à l'adresse suivante : oav@easyforever.fr

■ A l'initiative de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au paragraphe « COTISATION »,
- en cas de fausse déclaration, conformément au paragraphe « SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DECLARATION ».

COTISATION

Les garanties du Contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

► Détermination de l'assiette de cotisation

L'assiette de la première cotisation correspond au Montant garanti initial pour chaque Assuré et au capital restant dû garanti au 1er janvier de chaque année, pour les cotisations suivantes.

Pour les contrats de crédit-bail, la base de calcul de la cotisation est le cumul des loyers toutes taxes comprises à l'origine ou de ceux restant dus ainsi que la valeur d'option d'achat éventuelle toutes taxes comprises.

La cotisation est calculée en tenant compte :

- pour la première cotisation, de l'âge de chaque Assuré à la date de prise d'effet des garanties (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année de prise d'effet des garanties et l'année de naissance),

- pour les cotisations suivantes, de l'âge atteint par chaque Assuré au 31 décembre (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance).

Tout changement du taux des taxes applicables au Contrat, toute instauration de nouvelles impositions applicables au Contrat ou toute nouvelle décision législative ou règlementaire applicable au Contrat entraînera une modification du montant de la cotisation.

► Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance annuellement en euros par prélèvement automatique sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans l'Union Européenne. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la période de paiement choisie lors de l'adhésion.

► Non-paiement de la cotisation

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, le Gestionnaire adressera une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard. Une lettre d'information sera adressée dans les mêmes délais à l'Organisme prêteur désigné Bénéficiaire

Après un nouveau délai de dix (10) jours, le Gestionnaire résiliera de plein droit l'adhésion et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément à l'article L 113-3 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.

DETAIL DES GARANTIES

L'attention de l'Adhérent et des Assurés est attirée sur le fait que les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière d'invalidité.

Les garanties s'exercent sous réserve des exclusions prévues au paragraphe « LES EXCLUSIONS ».

► Garanties Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

■ En cas de décès :

- Si l'Assuré décède à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assureur verse au Bénéficiaire désigné le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur dans la limite du Montant garanti.

- Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du Montant garanti.

- Le Bénéficiaire du capital est l'Organisme prêteur désigné sur la demande d'adhésion.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard au 31 décembre suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

■ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) :

- Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

- Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du Montant garanti.

- Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de Consolidation de la P.T.I.A. est fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « EXPERTISE MEDICALE ».

Pour bénéficier de cette garantie, la P.T.I.A. doit être consolidée au plus tard au 31 décembre du 70ème anniversaire de l'Assuré, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

► Invalidité Professions Médicales (I.P.M.)

En complément des garanties Décès / P.T.I.A., cette garantie peut être souscrite exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat par les Assurés exerçant la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien ou de vétérinaire.

L'Invalidité Professions Médicales consécutive à une Maladie ou à un Accident garanti(e) est assimilée au Décès.

En cas d'invalidité, appréciée par rapport au barème d'invalidité professionnelle permanente à 100% ci-annexé, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.
L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.
Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de Consolidation de l'Invalidité Professionnelle Permanente à 100% est fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « EXPERTISE MEDICALE ».

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'invalidité doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

► Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément des garanties Décès / P.T.I.A. et I.T.T. pour une Quotité assurée inférieure ou égale à celle des garanties Décès / P.T.I.A.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent choisit le mode de versement des prestations qui peut être soit en capital soit en rente. Le mode de versement des prestations choisi est valable pendant toute la durée de l'adhésion.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale (quel que soit le mode de versement), l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.
Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de 3 des 4 Actes de la vie quotidienne constatée médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T. doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'I.P.T. doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

► Garantie Invalidité Permanente Totale en Capital (I.P.T. en Capital)

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la date de Consolidation de l'I.P.T. est fixée par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe « EXPERTISE MEDICALE ».
Le paiement du capital met fin à l'assurance si la Quotité assurée en I.P.T. est égale à celle assurée en Décès / P.T.I.A.

Si la Quotité assurée en I.P.T. est inférieure à celle assurée en Décès / P.T.I.A., l'Assuré reste couvert au titre des garanties Décès / P.T.I.A. pour un montant égal au capital restant dû multiplié par la Quotité assurée en Décès / P.T.I.A., après déduction du capital versé au titre de l'I.P.T.

► Garantie Invalidité Permanente Totale en Rente (I.P.T. en Rente)

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assureur verse à l'Organisme prêteur les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur du Montant.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.P.T. proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66%,
- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée. En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,
- Et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion et des garanties».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.T. ne peut être prise en compte.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.T. en Rente :

- **le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,**
- **les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,**
- **l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.P.T. persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.**

► Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement en complément de la garantie Décès/P.T.I.A. et I.P.T. pour une Quotité assurée égale à celle de la garantie I.P.T.

L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du Sinistre est considérée en Incapacité Temporaire Totale si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer son activité professionnelle,

L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer trois (3) des quatre (4) Actes de la Vie Quotidienne (se déplacer, se nourrir, se laver et s'habiller) en raison d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e),

Lorsque l'Assuré est reconnu en I.T.T., l'Assureur verse à l'Organisme prêteur selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 31ème,

61ème, 91ème ou du 181ème jour d'Incapacité Temporaire Totale de l'Assuré, les Arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur dans la limite du Montant garanti.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.T.T. proportionnellement à cette durée.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré, l'Assureur versera pendant 180 jours maximum les Arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance à hauteur de 50% du Montant garanti sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Sera considérée comme un seul et même Sinistre :

- Toute Rechute dans les deux (2) mois de la reprise du travail, pour l'Assuré exerçant une activité professionnelle

- Toute Rechute dans les deux (2) mois de la reprise par l'Assuré de 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne, pour l'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle de manière effective au jour du Sinistre

Sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Assureur et que la garantie I.T.T. soit toujours en vigueur à la date de la Rechute, le service des prestations sera repris dès le 1er jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de Franchise.

Les prestations cesseront d'être versées :

- En cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription du médecin traitant de l'Assuré) ou des Actes de la Vie Quotidienne pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du Sinistre,

- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'état de santé de l'Assuré ne répond pas à la définition de l'I.T.T.,

- A la date de la Consolidation de l'état de santé de l'Assuré,

- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

- En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,

- Et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion et des garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.T.T. ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.T.T. :

- **le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,**

- **les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,**

- **l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.T.T. persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.**

► Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement au moment de l'adhésion au Contrat et en complément des garanties I.T.T. / I.P.T. pour une Quotité assurée égale à celle des garanties I.T.T. / I.P.T.

Si à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assureur verse les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur de 50% du Montant garanti au titre de la garantie I.T.T., déterminé au jour du Sinistre.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté en dehors de toute considération du Régime Obligatoire auquel il est affilié.

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial de son travail constaté médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du Sinistre, publié par le Concours médical.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0% et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'interruption initiale de 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne constatée médicalement doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du Sinistre, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.P. doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'I.P.P. doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.P.P. proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33%

- en cas d'indemnisation au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale,

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31

décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

- en cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,

- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion et des garanties».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.P. ne peut être prise en compte.

L'Organisme Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.P.P. :

- **le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,**
- **les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,**
- **l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'I.P.P. persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.**

► Option MNO

Cette option peut être souscrite exclusivement au moment de l'adhésion et en complément des garanties I.T.T./ I.P.T. et /ou I.P.P.

L'option « MNO » a pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègements des exclusions en cas d'incapacité et d'invalidité prévues au paragraphe « EXCLUSIONS »

En cas de refus de l'Option, l'Adhérent ne pourra plus la souscrire.

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option « MNO » permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales dorsalgie, lombalgie, lumbago, rachialgie, sciatique, cruralgie (sauf les hernies discales qui peuvent être diagnostiquées par imagerie médicale), sans condition d'hospitalisation, ni d'intervention chirurgicale ;

- des affections de type psychiatrique et/ou psychiques (dépression, trouble anxieux, schizophrénie, syndrome de stress post-traumatique), la fatigue chronique, l'épuisement professionnel (« burn-out »), la fibromyalgie, la radiosensibilité sans condition d'hospitalisation.

► Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.)

Cette garantie prévue par la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), pour les opérations qui y sont éligibles, ne peut être proposée qu'en complément des garanties Décès /P.T.I.A.
Dans le cas où la garantie I.P.T. a été refusée pour raisons médicales au niveau 1, elle est proposée par l'Assureur au niveau 2, sous réserve d'acceptation médicale.

En cas d'Invalidité Spécifique reconnue de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Organisme préteur, les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur à hauteur du Montant.

Pour qu'il y ait Invalidité Spécifique, l'Assuré doit présenter une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 70 %.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est fixé d'après le barème d'invalidité annexé au Code des pensions civiles et militaires.
Pour bénéficier de cette garantie, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, l'Invalidité Spécifique doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance, même si l'Accident ou la Maladie qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'Invalidité Spécifique proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 70%,

- en cas de non production du justificatif attestant de l'incapacité professionnelle de l'Assuré de manière administrative,

- à la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raisons médicales) et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée,

- En cas de mise en retraite anticipée pour raisons médicales, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance,

- et dans tous les autres cas de cessation prévus au paragraphe « Cessation de l'adhésion et des garanties ».

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'Invalidité Spécifique ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre de cette garantie :

- **le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,**

- **les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,**

- **l'option d'achat prévue au crédit-bail si l'état d'invalidité persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.**

PARTICULARITES

► Prêts en francs suisses

Les présentes dispositions s'appliquent aux prêts libellés en francs suisses et sont complétées par les dispositions suivantes :

L'Adhérent mentionne dans sa demande d'adhésion le montant initial du prêt converti en euros. Le montant du prêt converti en euros sert de base de calcul du Montant garanti.

Le montant initial du prêt libellé en francs suisses converti en euros peut être majoré par l'Adhérent au moment de l'adhésion, par l'application d'un coefficient multiplicateur pouvant atteindre 120% pour couvrir le taux de change.

Ce barème reste valable pendant toute la durée du prêt et ne sera en aucun cas actualisé sauf en cas de renégociation du prêt ou de remboursement anticipé partiel du prêt.

Le Montant garanti, les cotisations et les prestations sont exprimés en euros.

En cas de Sinistre, le montant des prestations est déterminé à partir du tableau d'amortissement remis par l'Organisme prêteur, converti en euros selon le barème contre-valeur en vigueur au jour du Sinistre, dans la limite du Montant garanti.

Le risque de change au-delà du Montant garanti reste à la charge de l'*Adhérent* et des *Assurés*.

► Condition de mise en œuvre des garanties lorsque l'assuré a la qualité de Caution d'un emprunteur personne physique

Lorsque l'Assuré a la qualité de Caution d'un emprunteur personne physique, les garanties souscrites peuvent être mises en œuvre uniquement si, au jour du Sinistre, la caution a été appelée en garantie officielle depuis au moins une échéance par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné.

► En présence de co-emprunteurs et co-cautions

En cas de décès simultané de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, le capital versé par l'Assureur au titre d'un même prêt, **ne pourra être supérieur au capital restant dû par les Assurés à l'Organisme prêteur au jour du décès**, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

En cas d'incapacité ou d'invalidité simultanée de co-emprunteurs ou de co-Cautions assurés, **le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le capital restant dû ou le montant de l'échéance de remboursement ou de loyer due par les Assurés à l'Organisme prêteur**, tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

► Montant maximum d'indemnisation

Les prestations versées pour l'ensemble des prêts couverts par Assuré dans le cadre du Contrat, sont limitées à :

- 20 000 000 euros au titre des garanties Décès / P.T.I.A.,
- 15 000 000 euros au titre de l'I.P.T. en Capital pour les Assurés de moins de 55 ans au moment de la souscription,
- 5 000 000 euros au titre de l'I.P.T. en Capital pour les Assurés de 55 ans et plus au moment de la souscription,
- 2 500 000 euros au titre de la garantie Invalidité Professions Médicales,
- 20 000 euros par mois au titre des garanties I.P.T. en Rente/ I.T.T. /I.P.P. et G.I.S.

Pour les Assurés résidant dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin, le capital maximum assuré est de 5 000 000 euros au titre des garanties Décès / P.T.I.A. / I.P.T. en Capital et de 6 000 euros par mois au titre des garanties I.P.T. en Rente/ I.T.T. et I.P.P. et G.I.S.

► Modification de la clause bénéficiaire

Toute modification de la délégation de bénéfice ou mise en place d'un avenant de cession, nécessite au préalable le consentement écrit de l'Organisme prêteur.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingt (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Spéciale Professions Médicales, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les quatre (4) mois qui suivent sa survenance.
Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire du Contrat à l'adresse suivante :

FOREVER Service Médical
A l'attention du Médecin Conseil
Offre Axeria Prevoyance Premium CRD
120 Avenue du Général Leclerc
CS 10 029
75680 Paris Cedex 14.

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil du Gestionnaire.

► Les documents à communiquer

En cas de Sinistre, le médecin conseil du Gestionnaire pourra demander à l'Assuré ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que le Gestionnaire s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.
Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré ou ses ayants droit, devront communiquer au Gestionnaire avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

Sans réponse aux renseignements et documents demandés, il ne pourra être fait suite à la demande d'indemnisation.

■ En cas de décès

- La copie intégrale de l'acte de décès,
- Le certificat médical fourni par le Gestionnaire à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- En cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-

verbal est dressé,

- Une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- Le tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès,
- la copie de l'offre de prêt,
- si le Bénéficiaire n'est pas l'Organisme prêteur, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité,
- Si l'Assuré à la qualité de Caution de l'emprunteur personne physique, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles les ayants droit peuvent avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

■ **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,**

- Un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'inaptitude au travail, la date de Consolidation, à adresser au médecin conseil du Gestionnaire sous pli confidentiel,
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujetti à la Sécurité sociale ou s'il perçoit une pension vieillesse, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- le tableau d'amortissement du prêt assuré en vigueur au jour du Sinistre,

la copie de l'offre de prêt,

- Si l'Assuré à la qualité de Caution de l'emprunteur personne physique, la copie de l'acte de cautionnement et le justificatif de l'appel en garantie officiel par l'Organisme prêteur par suite de la défaillance du cautionné,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

■ **En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Spécifique, d'Invalidité Permanente Partielle, ou d'Invalidité Professions Médicales :**

- L'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- en cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation,
- le certificat médical fourni par le Gestionnaire , à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'Accident ou de la Maladie qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- en cas de Rechute un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même Affection et/ou d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute
- la production d'un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.
- en cas d'Accident, une déclaration écrite précisant les circonstances du Sinistre, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- pour l'I.P.T. en Capital ou pour l'I.P.M., une attestation de l'Organisme prêteur indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Assureur de l'Invalidité Permanente Totale ou Invalidité Professions Médicales,
- le tableau d'amortissement du prêt assuré en vigueur au jour du Sinistre,
- la copie de l'offre de prêt,
- Toutes autres pièces demandées par le Gestionnaire en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de la demande d'indemnisation.

► L'expertise médicale

L'état d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Professions Médicales ou d'Invalidité Spécifique (G.I.S.) peut être contrôlé par expertise médicale. **Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Assureur** sauf pour la Garantie Invalidité Spécifique (G.I.S.).

Le Gestionnaire se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré à tout moment, soit en France, soit dans le pays du lieu de l'Accident ou de la Maladie par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, ledit médecin que l'Assureur aura désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

Ledit médecin expert missionné par le Gestionnaire sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'Assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par un médecin de son choix dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré. Si lesdits médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin dûment agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine dans le pays considéré afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

► Modalités de versement des prestations

Les sommes dues sont payables après que le Gestionnaire ait réceptionné et étudié le dossier complet. Elles sont toujours versées en euros au profit de l'Organisme prêteur.
En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et de l'Adhérent c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

EXCLUSIONS

Sont exclus de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant :

• des suites ou conséquences de Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé (sous réserve de la réglementation relative au « droit à l'oubli ») ; Les garanties s'exercent cependant sur les suites et conséquences de Maladies, Accidents et infirmités qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion. Sont également exclus les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du Délai d'attente, ainsi que leurs suites et conséquences,

• de guerres civiles ou étrangères, émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou rixes. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou si l'Assuré n'a pas de participation active à l'un de ces évènements ou si cette participation résulte de l'exercice de sa profession préalablement garantie par l'Assureur lors de l'adhésion au contrat.

• des suites et conséquences directes ou indirectes d'accidents liés à la modification de la structure du noyau atomique ainsi que les conséquences directes ou indirectes d'accidents liés aux rayonnements nucléaires et ionisants ou de la transmutation de l'atome qui ne sont pas en rapport avec un traitement médical ;

• de la pratique de tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat rémunéré par l'Assuré,

• de tout sport et/ou activité sportive non représentés par une fédération française agréée par le Ministère des Sports ;

• de la pratique de tout sport nécessitant l'usage d'un véhicule terrestre à moteur et/ ou de tout sport aérien (à voile, aile ou moteur), sauf dans le cadre d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état.

• des risques aériens se rapportant à des vols acrobatiques, ou vols d'essais, ainsi que les vols effectués sur des appareils non munis d'un certificat valable de navigabilité, ou pilotés par un pilote non muni d'un brevet valable ;

• de toute participation à des paris, défis, raids et tentatives de records, de quelle que nature que ce soit pouvant porter atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré ;

• de la pratique de sports de neige pratiqués sur des pistes non règlementées, non ouvertes et non accessibles en remontées mécaniques;
• du saut à l'élastique, de la tyrolienne géante, du zip line ;

• de l'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ ou de drogues non prescrits par une autorité médicale ou à des doses non prescrites ;

• les Accidents résultant de l'alcoolisme chronique de l'Assuré ou d'un état d'ivresse de l'Assuré caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur au taux d'alcoolémie prévu par la législation du code de la route en vigueur à la date de survenance de l'Accident.

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre de la garantie Décès, les Sinistres résultant et/ou provenant :

• du suicide la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celle-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation. Toutefois les prêts destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la première année dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R. 132-5 du code des assurances).

En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties P.T.I.A., I.T.T., I.P.P., I.P.T., Invalidité Professions médicales et G.I.S., les Sinistres résultant et/ou provenant :

• les Accidents ou Maladies résultant du fait volontaire de l'Assuré, y compris les tentatives de suicide ou de mutilation,
En complément des exclusions qui précèdent, sont exclus au titre des garanties I.T.T., I.P.P., I.P.T., et G.I.S., les Sinistres résultant et/ou provenant des affections de type psychiatriques et/ou psychiques (dépression, trouble anxieux, schizophrénie, syndrome de stress post-traumatique), la fatigue chronique, l'épuisement professionnel (« burn-out »), la fibromyalgie, la radiosensibilité ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de quinze (15) jours.

Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise. Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'Hospitalisation.
Les Assurés ayant souscrit l'Option « MNO» sont garantis pour ces affections sons condition d'Hospitalisation.

• des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales dorsalgie, lombalgie, lumbago, rachialgie, sciatique, cruralgie (sauf les hernies discales qui peuvent être diagnostiquées par imagerie médicale), sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une Hospitalisation continue de plus de sept (7) jours.

Si l'Hospitalisation a lieu au cours des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise. Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des six (6) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'Hospitalisation.
Les Assurés ayant souscrit l'Option « MNO » sont garantis pour ces affections sans condition d'Hospitalisation.

Disposition spécifique relative au congé légal de maternité :

La période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :

• si à l'expiration de ce congé légal, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat

entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé légal avec application de la Franchise.

• si, avant le début de ce congé légal, l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent Contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites prévues au Contrat pour les garanties I.T.T., I.P.P., I.P.T. et Invalidité Professions Médicales.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES

En cours d'adhésion, les changements intervenus dans la situation des Assurés n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Par conséquent, les garanties accordées sont maintenues pendant toute la durée de l'adhésion sous réserve du paiement des cotisations et dans les limites et conditions fixées au Contrat.

MODIFICATIONS EN COURS D'ADHESION

L'adhésion au Contrat est établie d'après les déclarations de l'Adhérent ainsi que celles de chaque Assuré lors de l'adhésion.
Afin de procéder à la mise à jour de l'adhésion, l'Adhérent doit communiquer au Gestionnaire par écrit, dès qu'il en a connaissance, toute modification des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement (allongement de la durée, modification du taux d'intérêt, remboursement partiel ou total anticipé, renégociation….).

Toutes modifications des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement non déclarées au Gestionnaire sont inopposables à l'Assureur dès lors qu'elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire.

L'Assuré doit également informer le Gestionnaire dès qu'il fait valoir ses droits à une pension vieillesse dans le cas où il ne poursuit pas de manière effective une activité professionnelle rémunérée

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, l'Adhérent doit ainsi que les Assurés, avertir le Gestionnaire dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE)

Les demandes d'adhésion des candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé, qui ne peuvent pas souscrire les garanties du contrat aux conditions standard (du Contrat AXERIA PREVOYANCE PREMIMUM 01/22), avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime (niveau 1 de la convention AERAS), sont alors systématiquement examinées individuellement au titre du niveau 2 de la convention AERAS.

Les demandes d'adhésion au Contrat acceptées par l'Assureur au niveau 2 bénéficient d'une tarification spécifique.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr

SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Conformément aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré et/ou de l'Adhérent portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion est sanctionnée par une réduction d'indemnité ou une nullité du contrat, dès lors qu'elle est établie par l'Assureur et ce même si elle a été sans influence sur le Sinistre.

Article L113-8 du Code des assurances :

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

Article L 113-9 du Code des assurances :

« L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.
Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport aux taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

► Fausse déclaration en cas de sinistre

Toute omission, réticence, fausse déclaration, production de documents inexacts ou mensongers de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droits, établie par l'Assureur expose l'Assuré et le Bénéficiaire à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

RECLAMATIONS

Pour toute réclamation relative au Contrat, l'Adhérent, l'Assuré (ou ses ayants droit), le Bénéficiaire, désignés ci-après comme le « réclamant », peut s'adresser au Gestionnaire par mail : reclamation@easyforever.fr ou à l'adresse suivante :

FOREVER
Service Gestion des Réclamations
Offre Axeria Prevoyance premium CRD
14 rue Pierre Gilles de Gennes
76130 Mont Saint Aignan

Si la réponse apportée ne le satisfait pas, le réclamant peut adresser sa réclamation à l'Assureur.

Il est recommandé au réclamant de détailler de la manière la plus précise possible les motifs de sa réclamation, d'indiquer le nom de son Contrat, la référence de son adhésion et de joindre le cas échéant les pièces justificatives.

Le Service Clients accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant sa date de réception (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai d'un mois suivant sa date de réception.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra demander au Service Réclamation du Gestionnaire la communication de la position définitive de l'Assureur sur le litige.
Celle-ci lui sera alors communiquée dans un délai maximum d'un mois.

MEDIATION

Si le désaccord persiste suite à la position définitive communiquée par l'Assureur sur le litige, l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire peut, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel à la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur examinera le litige si toutes les voies de contestation prévues par le contrat, et détaillées ci-dessus, ont été préalablement épuisées et que l'Assureur a communiqué sa position définitive sur le dossier OU si aucune réponse n'a été apportée à la réclamation depuis plus de 2 mois à compter de la 1ère formulation de celle-ci.

Si et seulement si ces conditions sont réunies, La Médiation de l'Assurance acceptera de se saisir de la réclamation qui lui sera adressée par l'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire :

• soit par voie électronique en complétant le formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance ;
• soit par courrier adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50100 - 75441 Paris cedex 09.

L'Assuré, l'Adhérent ou le Bénéficiaire devra joindre à sa requête les pièces de son dossier, les échanges concernant l'objet du litige ainsi que la copie du courrier de l'Assureur indiquant sa position définitive.

Si l'adhésion au Contrat a été faite à distance par Internet, l'Adhérent, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : http://ec.europa.eu/consumers/odr/.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ».
Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance.
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),**
- **l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),**
- **l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

L'article L 114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

PROTECTION DES DONNEES

Dans le cadre du contrat d'assurance, l'Assureur, AXERIA PREVOYANCE, et le délégataire de gestion collectent et traitent des données concernant l'Adhérent, les Assurés et les Bénéficiaires, en qualité de responsables conjoints de traitement.
Les données à caractère personnel recueillies y compris les données de santé sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, l'Assureur et le Délégataire de gestion mettent en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à leurs obligations légales l'Assureur et le Délégataire de gestion mettent également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'Assureur et à au Délégataire de gestion en tant que responsables de leurs traitements.
Selon les finalités des traitements, elles peuvent être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.
Elles sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le Délégué à la protection des données par mail à l'adresse dpo@magnolia.fr ou par courrier à l'adresse FOREVER 14 rue Pierre Gilles De Gennes CS 40412 76123 Mont Saint Aignan.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'Assureur et le Délégataire de gestion de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

ANNEXES

BAREME CROISE

Le taux d'invalidité permanente attribué à l'Assuré est déterminé selon le barème ci-dessous, en fonction des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle qui lui sont reconnus par expertise médicale :

		TAUX FONCTIONNEL (%)									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
TAUX PROFESSIONNEL. (%)	10						33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
	20					36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
	30				36.34	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
	40			33.02	40.00	46.42	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
	50			35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
	60			37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
	70			39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
	80			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	96.55
	100		34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

BAREME INVALIDITE PROFESSIONS MEDICALES

Pour les professions de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien ou de vétérinaire :

Cécité complète	**100 %**
Surdité totale des deux oreilles non appareillables	
Hémiplégie 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	
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras dominant	
Perte de la main	
Perte du pouce ou de la phalange terminale	
Perte de l'index	
Perte du médius	
Perte de l'auriculaire	
Perte 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	