

PRIVILEGE EMPRUNTEUR CI

Le présent document constitue la notice d'information du contrat d'assurance de groupe n° L.1047 0003 souscrit par l'Association pour l'Union et le Recours En Assurances, ci-après dénommée « le Souscripteur », pour ses adhérents auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, agissant en son propre nom et pour le compte de SwissLife Prévoyance et Santé, ci-après dénommées « l'Assureur ». L'organisme gestionnaire du contrat d'assurance est par délégation de l'Assureur, Multi-Impact avenue Hoche CS 110002 51687 REIMS cedex N° ORIAS 07 004 884 41-43.

DISPOSITIONS GENERALES

Le contrat L.1047 0003 est un contrat d'assurance de groupe, régi par la législation fiscale française, les dispositions du Code des assurances, la notice d'information, la demande d'adhésion et le certificat d'adhésion. Celui-ci est établi sur la base des déclarations de l'Assuré et de l'Adhérent.

Article 1 – Objet du contrat

Le contrat L.1047 0003 a pour objet de garantir, dans les conditions définies ci-après, les personnes répondant aux conditions d'admission, désignées au Certificat I d'Adhésion pour :

Garanties de base (obligatoires) : Décès et le cas échéant Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Garanties complémentaires (optionnelles)

- Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) et Invalidité Permanente et Totale (IPT), garanties indissociables
- Invalidité Permanente Partielle (IPP), elle ne peut être souscrite qu'en complément des garanties ITT et IPT

Article 2 – Définitions

Accident : toute atteinte corporelle et non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de ses bénéficiaires, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'organisme de l'Assuré.

Ne sont pas des accidents au terme du contrat : le suicide et les suites et conséquences de tentatives de suicide, les maladies et leurs conséquences, les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les attaques et hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des accidents.

Actes de la Vie Quotidienne : Activités qu'une personne effectue chaque jour en réponse à ses besoins primaires. Ils sont au nombre de 4 (quatre) : se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter.

- **Se laver** : tant le haut que le bas du corps.
- **S'habiller** : enfiler ou enlever les vêtements portés quotidiennement. Un besoin d'assistance uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements n'est pas considéré comme une incapacité physique totale de s'habiller.
- **Se déplacer** : se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane, y compris avec appareillage adapté. Se lever, se coucher, s'asseoir : passer seul de chacune des positions suivantes à l'autre : debout / assis ; assis / couché ; assis / debout ; couché / assis.

S'alimenter : porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement servis et coupés et les avaler.

Activité professionnelle : Profession de l'Assuré lui procurant gain ou profit, qu'il exerce de façon effective et habituelle, salariée ou non. Au titre du présent contrat, une personne au chômage est considérée comme n'ayant pas ou plus d'activité professionnelle rémunérée.

Adhérent : personne physique ou morale, membre de l'Association, intervenant dans une opération de crédit en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution. L'Adhérent s'engage à payer les cotisations. L'Adhérent et l'Assuré peuvent être la même personne.

Assuré : Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle reposent les garanties souscrites.

Si l'Assuré est Caution, le droit aux prestations est subordonné à la mise en œuvre préalable du cautionnement suite à la défaillance de l'Emprunteur.

Caution : personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement du prêt par l'emprunteur/coemprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci.

Consolidation (Date de) : date à laquelle la stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré est acquise. L'état de santé de l'Assuré prend un caractère permanent et n'évoluera ni vers une aggravation ni vers une amélioration.

Age de l'Assuré : âge atteint par l'assuré lors de son dernier anniversaire.

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

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

Non-fumeur : personne pouvant déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes pendant les 24 derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion, même occasionnellement, ou qu'elle n'a pas cessé de fumer suite à la demande expresse du corps médical.

Franchise : période décomptée à partir du premier jour du sinistre pour laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur. Elle peut être, au choix de l'Adhérent à l'adhésion, de 30, 60, 90, 120 ou 180 jours consécutifs et s'applique aux garanties ITT, IPT, IPP et GIS.

Quotité assurée : Correspond à la part exprimée en pourcentage, du capital emprunté ou de l'échéance de prêt, couvert, sur la tête de chaque Assurée. La quotité est la même pour toutes les garanties. Il est précisé que la prise en charge en cas de Sinistre est proportionnelle à la Quotité assurée figurant au certificat d'adhésion du contrat.

Sinistre : réalisation d'un événement prévu au contrat

IPP : Invalidité Permanente Partielle (Art. 5.1 de la présente notice)

IPT : Invalidité Permanente Totale (Art. 5.1 de la présente notice)

ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail (Art. 5.1 de la présente notice)

PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (Art. 4.1 de la présente notice)

Souscripteur : L'Association pour l'Union et le Recours En Assurances – Association d'intérêt général régie par la loi de 1901 – Technopole du Moulin, Rondpoint du Canet CS10019, 13590 MEYREUIL – N°SIREN 800 202 707.

Article 3 – Conditions d'adhésion

Sont admissibles au titre du présent contrat les personnes physiques agissant en qualité d'Emprunteur, de Co-Emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale.

3.1 Résidence

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Martin, Nouvelle-Calédonie ou Polynésie Française. L'organisme prêteur doit être situé en Union Européenne, Saint Martin, Polynésie Française ou Nouvelle Calédonie.

Les personnes qui résident en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Italie, au Luxembourg ou au Portugal peuvent adhérer et être assurés pour les seules garanties Décès et PTIA. L'organisme prêteur doit être situé France.

3.2 Age à l'adhésion et situation professionnelle

Pour être admissible à l'assurance, le demandeur doit, à la date d'effet des garanties, être âgé de 18 ans au moins et de :

- moins de 86 ans pour la garantie Décès,
- moins de 65 ans pour la garantie PTIA, ITT, IPT et IPP.

Pour souscrire aux garanties ITT, IPT et IPP, la personne à assurer doit exercer une Activité professionnelle rémunérée.

3.3 Types de prêts éligibles au contrat

Les prêts à garantir doivent être :

- des prêts immobiliers, professionnels ou à la consommation ;
- rédigés en français et libellés en euros ;
- d'un montant assuré minimum de 17 000 euros (hors prêts d'Honneur) et maximum de 10 millions d'euros ;
- et d'une durée maximale de 48 mois pour les Prêts relais, 60 mois pour les prêts d'Honneur, 84 mois pour les prêts à la consommation, et 420 mois pour les autres prêts.

Type de prêts :

- Prêt amortissable par échéances constantes avec ou sans différé ;
- Prêt amortissable à paliers avec ou sans différé ;
- Prêt in fine ;
- Prêt relais : ces prêts sont éligibles aux garanties Décès, PTIA, ITT, IPT ;
- Crédit-bail ;
- Prêt d'honneur ;
- Les prêts de restructuration : réservés aux assurés résidant en France Métropolitaine.

Ces prêts peuvent être à taux fixe ou variable.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI, la quotité assurée ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion.

3.4 Formalités d'adhésion

L'adhésion à l'assurance est subordonnée à l'acceptation de l'Assureur.

Pour adhérer au contrat, chaque personne à assurer doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion.

Sauf éligibilité à l'exonération des formalités médicales (prévues à la loi 2022-270 du 28 février 2022), chaque personne à assurer doit se soumettre aux formalités médicales et financières le cas échéant. L'assureur se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque. **L'assuré s'engage à signaler toute modification de son état de santé survenant avant la date de prise d'effet des garanties.**

L'acceptation à l'assurance est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion précisant les conditions de garanties accordées par l'Assureur.

En cas d'adhésion électronique, les parties conviennent que les données sous forme électronique conservées par l'assureur valent signature par l'adhérent et l'assuré, leur sont opposables et peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

Fausse déclaration – Omission

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations fournies à l'assureur entraîne l'application des sanctions prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

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.

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 au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Il est à noter que si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion, ou s'il refuse les conditions proposées par l'assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires médicaux engagés restent alors à sa charge.

Article 4 – Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Les suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat.

La Quotité reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties. Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat d'Adhésion et des limites prévues à l'article 5.4 « Prestations maximales garanties ».

4.1 Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en PTIA l'Assuré qui est médicalement reconnu, pendant la période de validité de la garantie, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie garantie, définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui rapporter gains ou profit. De plus son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement de tous les Actes de la Vie Quotidienne.

4.2 Prestations servies

En cas de décès ou de PTIA de l'Assuré, survenant pendant la période de validité de la garantie, l'Assureur verse au Prêteur le capital restant dû affecté de la quotité assurée, arrêté à la date de survenance du décès ou de reconnaissance par l'Assureur de l'état de PTIA, y compris les intérêts normaux courus de l'échéance précédant le Sinistre jusqu'à la date de celui-ci, **mais à l'exclusion des intérêts courus depuis cette date.**

La prestation s'effectue sur la base du tableau d'amortissement en vigueur à la date du Sinistre, dans la limite du montant indiqué au Certificat d'adhésion en vigueur.

Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en compte.

Article 5 – Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité Permanente Partielle (IPP)

Les garanties suivantes sont facultatives et s'appliquent uniquement lorsqu'elles sont souscrites et mentionnées au Certificat d'Adhésion.

Les suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat.

Il est à noter qu'il y a une absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale relatives à ces garanties et celles de l'Assureur. L'état d'ITT, IPT ou IPP est apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, indépendamment des décisions de la Sécurité sociale ou tout autre organisme similaire.

5.1 Définitions des garanties

- **Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT) :**

Est considéré, par l'Assureur, en Incapacité Temporaire Totale suite à une Maladie ou un Accident garanti :

- l'Assuré exerçant une Activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre, s'il est, dans l'impossibilité temporaire, totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer son Activité professionnelle.

En outre l'Assuré ne doit exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.

- l'Assuré n'exerçant pas une Activité professionnelle rémunérée au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre au moins 2 des 4 Actes de la Vie Quotidienne.

L'incapacité totale d'effectuer un ou plusieurs Actes de la vie quotidienne doit être constatée médicalement par le médecin mandaté par l'Assureur.

- **Invalidité Permanente et Totale (IPT)**

Est considéré en Invalidité Permanente Totale, suite à une Maladie ou un Accident garanti :

- l'Assuré qui après Consolidation de son état, présente un taux d'invalidité déterminé tel qu'indiqué au point 5.2 ci-dessous, supérieur ou égale à 66 %,

- et se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée au jour du sinistre lui procurant gain ou profit.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'Activité professionnelle, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'incapacité fonctionnelle.

- **Invalidité Permanente et Partielle (IPP) :**

Est considéré en Invalidité Permanente Partielle, suite à une Maladie ou un Accident garanti :

- l'Assuré qui, après Consolidation de son état, présente un taux d'invalidité, déterminé tel qu'indiqué au point 5.2 ci-dessous, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %,

- et se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, à temps plein, la profession pratiquée au jour du sinistre lui procurant gain ou profit.

Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'Activité professionnelle, il ne sera tenu compte, sur expertise médicale, que du taux d'incapacité fonctionnelle.

5.2 Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est déterminé par l'assureur en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'assuré. Ces derniers sont appréciés grâce à une expertise médicale effectuée par un médecin expert missionné par l'assureur, dès lors que ce dernier statue que l'état de l'assuré est considéré comme consolidé (stabilisé).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en reprenant les méthodes de calcul figurant à la revue du Concours Médical et appliquées en droit commun, en cas de pluripathologies ou de lésions multiples.

L'incapacité fonctionnelle est établie d'après le barème de droit commun du concours médical en vigueur au jour de constatation de l'état d'invalidité, quelle que soit la profession de l'assuré.

L'incapacité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle de l'assuré exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le tableau ci-après indique le taux retenu résultant de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'invalidité est déterminé par l'Assureur, les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne peuvent s'imposer à l'Assureur.

Taux d'incapacité professionnelle (%)	Taux d'incapacité fonctionnelle (%)								
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100
10-19					33,0	36,6	40,0	43,3	46,4
20-29				36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30-39			36,5	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40-49		33,0	40,0	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50-59		35,6	43,1	50,0	56,5	62,6	68,4	74,0	79,4
60-69		37,8	45,8	53,1	60,0	66,5	72,7	78,6	84,3
70-79		39,8	48,2	55,9	63,2	70,0	76,5	82,8	88,8
80-89		41,6	50,4	58,5	66,0	73,2	80,0	86,5	92,8
90-99	33,0	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90,0	96,6
100	34,2	44,8	54,3	63,0	71,1	78,8	86,2	93,2	100,0

5.3 Prestations servies

Les prestations sont versées au Prêteur selon le tableau d'amortissement fourni par le Prêteur au jour du Sinistre et dans la limite du montant assuré figurant au Certificat d'adhésion en vigueur.

Les éventuelles échéances impayées, les intérêts de retard ou pénalités dues ne sont pas pris en charge.

Le montant des échéances pris en compte est :

- pendant la période de différé d'amortissement : les intérêts,
- pendant la période d'amortissement : le montant des échéances en capital et intérêts,
- pour les prêts in fine et crédit relais : uniquement les intérêts. Le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge,
- pour les Crédits Bail ou Location Financière : les loyers prévus selon le contrat de Crédit-Bail ou de Location d'origine, à l'exclusion du 1^{er} loyer majoré et de la valeur de rachat.

5.3.1 Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale

En cas d'ITT, l'Assureur prend en charge, les échéances de prêt au prorata de la quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par le Prêteur et au certificat d'adhésion en vigueur à la date du Sinistre.

Cette prise en charge intervient, après expiration du délai de Franchise figurant au certificat d'adhésion, pendant la durée de l'incapacité, pour une durée maximale de 1095 jours à compter de la date de survenance du Sinistre.

La Franchise est calculée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail justifié médicalement.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e, 1/360e) du nombre de jours d'ITT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

Prestations en cas d'Incapacité Temporaire Partielle

En cas de reprise effective du travail en temps partiel thérapeutique après une prise en charge au titre de la garantie ITT du présent contrat, l'assureur prend en charge 50% des échéances garanties en ITT (avec application de la quotité), selon le dernier tableau

d'amortissement fourni figurant au certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'arrêt de travail, pendant une durée de 180 jours maximum.

Rechute

Si l'Assuré reprend son activité et qu'un nouvel arrêt de travail résulte du même accident ou maladie et intervient dans un délai inférieur ou égal à 90 jours consécutifs suivant la fin du premier arrêt de travail, la prestation sera versée sans nouvelle application du délai de Franchise. En revanche, en cas de rechute intervenant dans un délai supérieur à 90 jours consécutifs après la reprise du travail, il sera de nouveau fait application de la franchise.

Le versement des prestations ITT s'arrête à la première des dates suivantes :

- en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique prescrit médicalement indemnisée au titre du présent Contrat) ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de consolidation de l'IPT ou de l'IPP de l'assuré ;
- à la date du décès de l'assuré ;
- au 180^{ème} jour en cas d'Incapacité Temporaire Partielle ;
- au 1 095^{ème} jour à compter soit de la date d'arrêt de travail si l'assuré exerce une activité professionnelle à la date du sinistre, soit de la date de prescription médicale du repos complet si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle à la date du sinistre.

5.3.2 Prestations en cas d'Invalidité Permanente Totale

À la date de consolidation de l'IPT, l'Assureur prend en charge, pendant la durée de l'invalidité, les échéances de prêt au prorata de la quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par le Prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de consolidation de l'IPT.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e 1/360e) du nombre de jours d'IPT selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

L'assureur se réserve le droit de verser le capital restant dû, au prorata de la Quotité assurée, conformément au tableau d'amortissement fourni par l'organisme prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de reconnaissance de l'IPT. Le paiement du capital en cas d'IPT entraîne la fin de toutes les garanties pour l'assuré concerné.

La Franchise s'applique si l'Invalidité Permanente Totale n'est pas consécutive à une ITT déjà indemnisée au titre du présent contrat.

5.3.3 Prestations en cas d'Invalidité Permanente Partielle

À la date de consolidation de l'IPP, l'assureur prend en charge, pendant la durée de l'invalidité, les échéances de prêt au prorata de la quotité assurée, à hauteur de $(T - 33\%) / 33\%$, T étant le taux d'invalidité de l'assuré compris entre 33 % et 65 %, conformément au tableau fourni par le Prêteur et au certificat d'adhésion, en vigueur à la date de consolidation de l'IPP.

La Franchise s'applique si l'Invalidité Permanente Partielle n'est pas consécutive à une ITT déjà indemnisée au titre du présent contrat.

Le montant des échéances de prêt prises en charge est calculé au prorata (1/30e, 1/90e, 1/180e 1/360e) du nombre de jours d'IPP selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt (mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle).

5.4 Prestations maximales garanties

L'engagement de l'Assureur pour l'ensemble des prêts assurés dans le cadre du présent contrat, est limité par Assuré à :

- **10 000 000 euros au titre des garanties Décès et PTIA,**
- **12 000 euros par mois au titre des garanties ITT et IPT,**
- **7 500 euros par mois au titre de la garantie IPP.**

Pour les Assurés résidant en Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Martin, Nouvelle-Calédonie ou Polynésie Française, le capital maximum assuré est de 2 000 000 euros au titre des garanties Décès et PTIA, 9 000 euros par mois au titre des garanties ITT et IPT et 5500 euros par mois au titre de la garantie IPP.

Lorsque plusieurs personnes physiques sont assurées au titre d'un même prêt, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne pourra excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, la mensualité de l'opération de crédit en ce qui concerne les garanties ITT, IPP et IPT, ou le Capital Restant Dû en ce qui concerne la garantie Décès et PTIA.

Article 6 – Garantie Invalidité Spécifique

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

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

La garantie Invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'Assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 65 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le Médecin Conseil de l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'Invalidité tel que défini ci-dessus et que l'Assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de vieillesse, et au plus tard jusqu'à la fin de l'année au cours de laquelle il atteint 65 ans, l'Assureur verse au Prêteur les termes périodiques de remboursement du prêt, après application de la quote-part assurée, à raison de 1/360^{ème} du versement annuel ou annualisé par jour d'arrêt de travail justifié de l'Assuré, chaque mois entier étant compté pour 30 jours. La garantie accordée ne comporte aucune exclusion de pathologies déclarées.

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

L'invalidité occasionnée par un événement non couvert en risque de décès et IPT (art. 7).

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

Article 7 – Exclusions

7.1 Exclusions de garanties

Sont exclues des garanties décès, PTIA, ITT, IPP et IPT, les suites et conséquences :

- **du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné,**
- **de tout suicide dans la 1^{ère} année suivant la date d'effet de la garantie, il est toutefois précisé que le suicide est garanti durant la 1^{ère} année à hauteur de 120.000 euros maximum pour les emprunts concernant l'habitation principale, et ce dans le cadre de l'article L.132-7 du Code des assurances,**
- **des faits de guerre étrangères et civiles, d'émeute, d'insurrection, d'acte de terrorisme ou de sabotage, d'attentats et de mouvements populaires donnant lieu à des violences caractérisées, et leurs conséquences dès lors que l'Assuré y prend une part active,**
- **la manipulation par l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée et acceptée par l'Assureur) d'armes, d'explosifs, de feux d'artifices de classe K4, d'engins de guerre ou de produits dont la détention est interdite**
- **des risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et pour lequel le pilote possède un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même,**
- **de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion que par radiation ionisantes ou autres ; toutefois les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de maladie ou d'Accident garanti**
- **des compétitions, démonstrations, paris, tentatives de records, cascades, acrobaties, essais préparatoires ou réception d'un engin motorisé ou non, à des vols de prototype, vols acrobatiques, voltiges aériennes ou raids**
- **de la pratique des sports à titre professionnels et/ou amateur rémunéré, sauf dans le cadre de la profession de l'assuré déclarée et acceptée par l'assureur,**
- **les sports suivants : boxe, plongée en solitaire ou au-delà de 30 mètres, spéléologie, bobsleigh, skeleton, saut à skis ou au tremplin, varappe, alpinisme, parachutisme, parapente, deltaplane, ULM, saut à l'élastique, skysurf, base jump et courses automobiles et de motocycle .**

Lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation ou d'une découverte, la garantie est acquise si l'assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

Remarque : à la demande expresse de l'Assuré lors de la demande d'adhésion, tout ou partie de ces activités sportives peuvent faire l'objet d'une étude de garanties par l'Assureur moyennant une tarification spéciale.

Les personnes exerçant les professions suivantes ne peuvent être couvertes que si elles ont été déclarées à l'Assureur lors de l'adhésion et acceptées par ce dernier après étude préalable :

- professions avec manipulation ou transport d'explosifs, substance chimique et/ou toxique ;
- professions exercées en travail souterrain ou en hauteur de plus de 20 mètres ;
- professions sur site dangereux : off shore, volcanique, archéologique, forestier, pétrolier, gazier ou nucléaire ;
- professions exercées dans l'armée, la gendarmerie, la police, la sécurité avec ou sans port d'arme, la surveillance ;
- professions de secours comme pompier, secouriste, sauveteur en mer ou en montagne, plongeur avec appareil autonome, marin pompier ;
- sportifs professionnels, moniteur, entraîneur ou encadrant professionnel d'activités sportives (dont guide de montagne, trek, safari, spéléologue), en dehors des établissements scolaires ou universitaires ;
- professions dans l'aviation hors ligne régulière ou compagnie aérienne sur liste noire ;
- professions du cirque, cascadeur, artiste de cinéma ou de télévision, intermittent du spectacle ;
- professions liés à des missions dans l'humanitaire ;
- professions maritimes, portuaires, fluviales (par exemple marin, marin-pêcheur, aquaculteur, plongeur professionnel, docker, chantiers navals), navigants ou non-navigants.

Sont également exclues des garanties PTIA, ITT, IPP et IPT, les suites et conséquences :

- d'une tentative de suicide ;
- d'un fait ou d'une mutilation volontaire de l'Assuré ;
- de rixe sauf le cas de légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel ;
- de la participation à des compétitions, courses, matchs ou paris sauf compétitions auxquelles l'Assuré participe en tant qu'amateur ;
- de l'usage de drogue ou de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation est antérieure à la date d'effet de la garantie sous réserve que cet antécédent médical soit à déclarer dans le questionnaire de santé. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas si ces affections ont été déclarées et acceptées par l'Assureur ou bien entrant dans le cadre défini par le droit à l'oubli (Convention Aeras) ou lorsque l'assuré entre dans le cadre du dispositif prévoyant la suppression des formalités médicales (article L.113-2-1 du code des assurances) ;
- sont également exclus les sinistres dont le fait générateur intervient postérieurement à la date de signature du questionnaire de santé et antérieurement à la date de prise d'effet des garanties sauf si cette modification d'état de santé a été déclarée et acceptée par l'Assureur.

Sont également exclues des garanties ITT, IPP et IPT, les suites et conséquences :

- de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti ;
- Affections psychiatriques et/ou psychiques : Les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants, états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), surmenage, épuisement professionnel, burn-out, troubles bipolaires, fibromyalgies ou syndrome de fatigue chronique, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 9 jours continus ou s'ils ont fait l'objet d'une demande expresse de couverture au moment de l'adhésion.

- **Affections disco-vertébrales** : Les affections rachidiennes, atteintes discales ou vertébrales, des lombalgies, sciatiques, hernies discales, dorsalgies, cervicalgies, sacro-coxalgies, cruralgie, névralgies cervico-brachiale, quelle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si l'affection causale est une fracture, un processus tumoral, ou si elle a nécessité une Hospitalisation de plus de 9 jours continus ou s'ils ont fait l'objet d'une demande expresse de couverture au moment de l'adhésion.
- de l'ivresse de l'Assuré (taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française) ;
- de l'alcoolisme aigu ou chronique et de toute toxicomanie ;
- les suites et conséquences des affections déclarées sont garanties sauf notification de l'exclusion à l'Assuré ou mention particulière faite au Certificat d'Adhésion.

Sont également exclues de la garantie ITT :

- les cures thermales ;
- les arrêts de travail à titre préventif ;
- les traitements pour les troubles de l'infertilité.

7.2 Rachat d'exclusions relatives aux affections disco-vertébrales et psychiatriques et/ou psychiques.

L'Assuré peut demander à bénéficier d'une couverture étendue concernant les affections disco-vertébrales et psychiatriques et/ou psychiques.

En cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP, la suppression des exclusions des affections disco-vertébrales et psychiatriques et/ou psychiques figurant à l'article 7.1 permet une prise en charge après application de la Franchise, **sans condition d'hospitalisation**.

Article 8 – Etendue territoriale des garanties

Les garanties sont maintenues dans le monde entier.

Cependant, si le décès de l'Assuré survient hors de France, un certificat médical constatant le décès devra être établi par un médecin agréé par le Consulat de France du lieu du décès.

Pour toutes les autres garanties, l'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France. Les frais éventuels de transport seront à la charge de l'Assuré.

Article 9 – Bénéficiaire des garanties

Compte tenu de l'objet de l'assurance, chaque Prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties.

En cas de décès accidentel de l'assuré pendant la période d'accomplissement des formalités médicales, le capital assuré est versé au(x) co-assuré(s) survivant(s), à défaut le conjoint de l'Assuré à la date du décès, ni divorcé, ni séparé de corps, à défaut son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants nés ou à naître, vivants et non renonçants ou représentés, et à défaut ses héritiers.

Article 10 – FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Les sinistres doivent être déclarés à :

Multi-Impact Service prestation

41-43 avenue Hoche CS 11002 51687 REIMS cedex –

Tél. : 03.26.47.39.46 (coût d'un appel local) ou via l'Espace assuré <https://espaceclient.multi-impact.com>

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

Les suites et conséquences d'une Incapacité ou d'une Invalidité en cours à la date d'effet des garanties ne peuvent mettre en jeu les garanties prévues au contrat.

10.1 Délai de déclaration

Pour les garanties Décès et PTIA, la déclaration doit être faite dans les plus brefs délais qui suivent la survenance de l'évènement.

Pour la garantie ITT, la déclaration doit être faite à l'issue de la période de Franchise et au plus tard dans un délai maximum de 90 jours suivant cette date. En cas de prolongation de la période d'incapacité, la déclaration devra être faite dans un délai maximum de 30 jours. Passé ces délais, la prise en charge débutera, au plus tôt, à la date de réception du dossier complet par l'assureur, dès lors que cette déclaration tardive lui cause un préjudice, notamment lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de contrôler l'état d'incapacité de l'assuré.

Pour les garanties IPT, IPP et GIS, la déclaration doit être faite dans un délai maximum de 90 jours suivant la date de consolidation. Passé ce délai, la prise en charge débutera, au plus tôt, à la date de réception du dossier complet par l'assureur, dès lors que cette déclaration tardive lui cause un préjudice, notamment lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité de contrôler l'état d'invalidité de l'assuré.

10.2 Dans tous les cas, il faut fournir :

- le tableau d'amortissement en vigueur au moment du sinistre ;
- une copie du contrat de prêt et le tableau d'amortissement d'origine qui lui est annexé ;
- l'original du Certificat d'Adhésion ;
- pour les cautions : une copie de l'acte de cautionnement ;
- en cas d'accident ou d'homicide : les rapports d'expertise médicales ou judiciaire ainsi qu'une copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police si l'une d'entre eux a été établie et les analyses toxicologiques effectuées ;
- toute information ou pièce complémentaire, nécessaire à l'appréciation du dossier et demandée par l'Assureur ;
- Pour les assurés ayant bénéficié de formalités médicales d'adhésion spécifiques entrant dans le cadre des substitutions Hamon/Bourquin : Documents d'acceptation du contrat initial y compris notice d'information, questionnaire de santé et certificat d'assurance.

10.3 En cas de décès

La déclaration doit être accompagnée des pièces suivantes :

- un extrait d'acte de Décès de l'Assuré ;
- le formulaire « Déclaration de sinistre Décès », fourni par l'Assureur, à renseigner par un médecin précisant entre autres la date et la cause du décès ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;
- si le bénéficiaire est une personne physique, une photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité du bénéficiaire ou les quatre premières pages de son passeport.

10.4 En cas de PTIA

La déclaration doit être accompagnée des pièces suivantes :

- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant la cause et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date à partir de laquelle elle peut être considérée comme totale et irréversible, certifiant la nécessité définitive d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se déplacer, effectuer ses transferts, être continent) tels que prévus au code de la sécurité sociale, confirmant que l'assuré se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit ;
- les comptes rendus des examens médicaux effectués dans le cadre de la PTIA ;
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu ;
- la notification d'attribution par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé, d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie avec allocation d'une tierce personne.

10.5 En cas d'ITT

La déclaration doit être accompagnée des pièces suivantes :

- le formulaire « rapport médical confidentiel » fourni par l'Assureur dûment complété et signé par le médecin traitant de l'Assuré
- toutes pièces justificatives notamment :
 - pour l'Assuré salarié du secteur privé, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale et ce à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail. Les bordereaux ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure.
 - les certificats d'arrêt de travail et de prolongation
 - pour l'Assuré fonctionnaire ou assimilé, une attestation de l'employeur précisant la date de l'arrêt de travail, la durée prévue et le motif. Les attestations ultérieures doivent être fournies au fur et à mesure.
 - pour l'Assuré non-salarié, les justificatifs de versement d'indemnités journalières par son régime obligatoire s'il en prévoit et ce à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail ; à défaut un certificat médical précisant la période d'incapacité. Les justificatifs ultérieurs doivent être fournis au fur et à mesure.
 - les comptes rendus des examens médicaux et consultations effectués dans la cadre de l'ITT.
 - les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu.

- le récapitulatif des prestations perçues de l'organisme social et de la mutuelle (remboursement de soins et indemnités journalières) des 3 dernières années.

10.6 En cas d'IPP ou d'IPT

La déclaration doit être accompagnée des pièces suivantes :

- pour l'Assuré salarié du secteur privé, la notification d'attribution par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé d'une pension d'invalidité de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie et les décomptes de règlement de la pension par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé.
- pour l'Assuré fonctionnaire ou assimilé, l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme et l'arrêté de position administrative ou du titre de pension et les bordereaux ou attestations justifiant du paiement de la pension.
- pour l'Assuré non-salarié, le titre de pension d'invalidité de son régime obligatoire, les décomptes de règlement de la pension et un certificat médical détaillé établi par son médecin traitant précisant l'état d'invalidité et la date à partir de laquelle le caractère permanent a été établi.
- les comptes rendus des examens médicaux et consultations effectués dans le cadre de l'IPP/IPT.
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu.
- le récapitulatif des prestations perçues de l'organisme social et de la mutuelle (remboursement de soins et indemnités journalières) des 3 dernières années.

10.7 En cas de GIS

La déclaration doit être accompagnée des pièces suivantes :

- pour l'Assuré salarié du secteur privé, la notification d'attribution par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé d'une pension d'invalidité de 2^{ème} catégorie et les décomptes de règlement de la pension par la Sécurité sociale ou tout autre organisme assimilé et les bordereaux ou attestations justifiant du paiement de la pension.
- pour l'Assuré fonctionnaire ou assimilé, l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme et l'arrêté de position administrative ou du titre de pension.
- pour l'Assuré travailleur non salarié, le titre de pension d'invalidité de son régime obligatoire, les décomptes de règlement de la pension et un certificat médical détaillé établi par son médecin traitant précisant l'état d'invalidité et la date à partir de laquelle le caractère permanent a été établi.
- les comptes rendus des examens médicaux et consultations effectués dans le cadre de l'IPP/IPT.
- les comptes rendus hospitaliers et opératoires s'il y a lieu.
- le récapitulatif des prestations perçues de l'organisme social et de la mutuelle (remboursement de soins et indemnités journalières) des 3 dernières années.

10.8 Droit de contrôle et d'expertise de l'Assureur

L'Assureur se réserve le droit de :

- contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'Assuré ou les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé ;
- demander, sauf opposition justifiée, sous peine de déchéance, tous renseignements et documents complémentaires ;
- diligenter à tout moment une expertise ou un contrôle médical pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- de convoquer l'Assuré en France afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France ;
- suspendre la prise en charge dans l'attente de la production de justificatifs supplémentaires et/ou des conclusions du rapport d'une visite médicale effectuée à la demande de l'Assureur auprès d'un médecin désigné par ce dernier.

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de constater son état.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre au contrôle médical, le versement des prestations sera suspendu.

Contre-expertise

En cas de contestation des conclusions de l'expertise diligentée par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise, à ses frais, par un médecin expert diplômé de la réparation juridique du dommage corporel de son choix.

Tierce expertise

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin expert missionné par SwissLife sur l'état de PTIA, IPT, ITT, IPP, GIS, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré.

L'Assuré et SwissLife supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à prononciation de la décision arbitrale.

Article 11 – Date d'effet de l'adhésion et des garanties

11.1 Date d'effet de l'adhésion

Sous réserve d'un engagement entre l'Adhérent et le Prêteur matérialisé par la signature de l'offre de prêt, et du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet souhaitée, mentionnée sur la demande d'adhésion ;
- à la date de signature par le candidat à l'assurance des conditions particulières d'acceptation adressées par l'Assureur ;
- la date de signature de l'acte de prêt, qu'il soit notarié ou sous seing privé.

11.2 Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet, au plus tôt, à la date d'effet de l'adhésion.

La date d'effet des garanties est indiquée au Certificat d'Adhésion.

11.3 Garantie temporaire décès accidentel

Une garantie décès accidentel est accordée par l'Assureur pendant la période d'accomplissement des formalités médicales jusqu'à la date de prise d'effet des garanties, sous réserve d'un engagement réel entre l'Adhérent et le Prêteur matérialisé par la signature de l'offre de prêt.

Le montant assuré est le montant emprunté multiplié par la Quotité assurée, dans la limite de 300.000 euros.

Cette couverture « décès accidentel » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 2 mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

11.4 Délai de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à l'adhésion, dans un délai de **30 jours calendaires** à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle suivant, à l'adresse postale :

Multi-Impact - Service gestion MEILLEURTAUX/SwissLife 41-43 avenue Hoche CS 110002 51687 REIMS cedex

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom.....), né(e) le, demeurant à, désire renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance L.1047 003 n° du pour laquelle j'ai effectué un versement de euros.

Je demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. Date et Signature.

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

L'Assureur avertira par écrit le Prêteur.

La renonciation n'est pas applicable aux adhésions visant à garantir le remboursement d'un prêt professionnel.

Article 12 – Durée de l'adhésion / Durée et cessation des garanties

La durée de l'adhésion est d'une année. Elle se renouvelle par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion pendant toute la durée du prêt, sauf résiliation par l'Adhérent et sous réserve des dispositions ci-dessous.

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers le Prêteur c'est-à-dire :
 - au remboursement total et définitif de l'Opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation ;
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations, dans les conditions définies à l'article 15.3 « Défaut de paiement » ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Adhérent, dans les conditions définies à l'article 13. « Résiliation » ;
- à la date de transfert du prêt à un autre emprunteur ;
- à la date d'exigibilité du prêt avant terme, quelle qu'en soit la cause ;

- à la date d'exigibilité normale ou anticipée des engagements de l'Assuré tels qu'ils sont définis au contrat de crédit-bail ou de location ;
- au plus tard à la fin de l'année civile qui suit :
 - le 90^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès ;
 - le 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie PTIA ;
 - la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans pour les garanties ITT, IPP, IPT.

Article 13 – Résiliation

Pour les prêts immobiliers visés au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation du présent contrat **à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.**

Modalités de mise en œuvre de la substitution d'assurance :

L'Adhérent doit notifier à l'assureur sa demande de résiliation.

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

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

La demande de résiliation accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance acceptée en substitution, doit être adressée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ou sur l'Espace Assuré.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

Pour les prêts autres que ceux mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation du présent contrat à chaque échéance annuelle de son adhésion au contrat d'assurance.

L'Adhérent doit adresser sa demande de résiliation par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux mois avant cette date, accompagnée de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur.

En cas d'acceptation de la substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

Article 14 – Modification

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

- augmentation (capital, échéance, durée de remboursement) ou diminution des garanties ;
- adhésion aux garanties facultatives ou suppression de ces garanties facultatives.

S'il s'agit d'une augmentation ou d'une adhésion aux garanties facultatives, celle-ci sera subordonnée au résultat de la sélection médicale demandée par l'Assureur et le complément de garantie sera assujéti aux mêmes règles, conditions et tarif qu'une nouvelle adhésion. Toutefois, dans le cadre de prêts à taux variables ou révisibles, le prolongement de durée est autorisé dans la limite de 5 ans sans nouveau Questionnaire Médical.

Aucune réduction de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans l'accord écrit de l'organisme prêteur ayant consenti le prêt.

Une modification du plan d'amortissement pendant une période de PTIA, d'ITT, d'IPP ou d'IPT, conduisant à augmenter le montant des échéances ne peut être prise en compte.

Irrévocabilité des garanties : les changements intervenus dans la situation de l'Assuré postérieurement à la prise d'effet des garanties n'ont pas d'incidence sur les garanties accordées. Elles sont acquises à l'Assuré pendant toute la durée du prêt et sont maintenues aux conditions et limites indiquées sur la présente notice d'information et les dispositions mentionnées au Certificat d'Adhésion, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

L'Assuré est en revanche tenu d'informer l'Assureur en cas de changement de résidence pour un pays autre que la France métropolitaine, Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Martin, Nouvelle-Calédonie ou Polynésie Française.

L'adhérent doit également communiquer tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec l'assureur, dans les plus brefs délais. À défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

Article 15 – Cotisations

15.1 Modalité de paiement des cotisations

La cotisation toute taxe comprise est due :

- soit annuellement. Elle est payable d'avance par fraction mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle au choix de l'Adhérent ;
- soit sous forme de prime unique. Elle est payée à l'adhésion en une seule fois et est calculée en fonction de la durée totale du prêt. En cas de remboursement anticipé total du prêt, 55% de la prime unique toutes taxes comprises, calculée au prorata du nombre de mois restant à courir sur la durée totale du prêt, sera remboursée. Le remboursement de cotisation par l'Assureur ne concerne que les cotisations payées sous forme de prime unique.

Chaque cotisation est payable par l'Adhérent à la date indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par l'assureur sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à l'assureur, dans un autre pays de la zone SEPA.

15.2 Montant des cotisations

Le montant de la cotisation est fonction :

- du capital initial à l'adhésion ;
- des garanties souscrites listées sur le Certificat d'Adhésion ;
- de l'âge de l'Assuré à la date de prise d'effet des garanties ;
- de la profession de l'Assuré ;
- de sa qualité de fumeur ou non-fumeur.

Irrévocabilité du tarif : le montant des cotisations indiqué sur le Certificat d'Adhésion est garanti pour toute la durée du prêt, sauf :

- **adjonction ou suppression de garanties ;**
- **modification des caractéristiques (montant, garanties et durée) telles que définies dans le contrat de prêt d'origine ;**
- **changement du taux de taxe et/ou instauration de nouvelles dispositions réglementaires applicables aux garanties du présent contrat.**

15.3 Défait de paiement

Cotisation due au Souscripteur : l'Adhérent doit être à jour de ses cotisations vis à vis à l'Association pendant toute la durée de son adhésion au présent contrat.

En cas de non-paiement d'une cotisation due et à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de son échéance, en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, l'Assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure. A l'issue d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de cette lettre et à défaut de paiement de la cotisation due, l'adhésion est résiliée de plein droit.

L'Assureur informera le Prêteur de cette résiliation.

Article 16 – Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1°- En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

Article L.114-2

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 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.

Article L.114-3

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 de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2240) ; la demande en justice (Articles 2241 à 2243) ; la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244) ; 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) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (Article 2246).

Article 17– Politique de protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la holding SwissLife France (dénommée groupe SwissLife France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du groupe SwissLife France, à savoir SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les trois sociétés d'assurance du groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du groupe SwissLife France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime. Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et e-mail des offres commerciales de la part des trois sociétés d'assurance du groupe Swiss Life France (SwissLife Assurance et Patrimoine, SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à :

MULTI-IMPACT – Délégué à la Protection des Données, 41/43 Avenue Hoche – CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX.

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amené à collecter vos données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Ces données sont ainsi utilisées pour répondre aux finalités suivantes : Passation, gestion et exécution des contrats d'assurances / Lutte contre la fraude à l'assurance / Prospection commerciale. Ces informations sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles ou contractuelles ou au respect d'obligations légales. Leur fourniture conditionne la conclusion du contrat d'assurance, à défaut de communication votre dossier pourra être refusé ou son délai de traitement retardé. Pour une information détaillée sur la gestion de vos données personnelles et l'exercice de vos droits,

reportez-vous à notre Politique de protection des données accessible en permanence sur notre site internet et régulièrement actualisée, ou aux Conditions Générales de votre contrat d'Assurance.

Article 18 – Litige et réclamations – Médiation – Autorité de contrôle

Litiges et réclamations

Premier contact : l'interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant l'adhésion, l'Assuré est invité dans un premier temps à prendre contact avec son interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Deuxième contact : le service réclamation

Si un désaccord persiste, l'Assuré peut intervenir auprès du service réclamation de Multi-Impact à cette adresse : Multi-Impact Service réclamation 41-43 avenue Hoche CS 110002 51687 REIMS cedex

Médiation

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes à cette adresse : La Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Elle exerce sa mission en toute indépendance.

Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS cedex 09.