

CONTRAT D'ASSURANCE EMPRUNTEUR AssuReponse Immo
Notice d'information - Contrat collectif n° : 1001
AssuReponse ImmoPE / 01 - 2018

Ce contrat, ci-après dénommé le « Contrat » est un contrat d'assurance emprunteur de groupe à adhésion facultative souscrit par le Prêteur auprès des Assureurs, Predica et Pacifica, au profit des emprunteurs ayant contracté un financement auprès du Prêteur.
Il relève des branches 1, 2, 16 et 20 du Code des assurances et est régi par les lois et règlements français, notamment le Code des assurances. Les risques Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle sont assurés par PREDICA. Le risque Perte d'emploi est assuré par PACIFICA.

LEXIQUE ET DÉFINITIONS	2
CONVENTION AERAS	2
LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	2
OBJET DU CONTRAT	2
VOS CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION	
1. QUI PEUT ADHÉRER ?	2 - 3
2. COMMENT ADHÉRER ?	3
LES GARANTIES DU CONTRAT	
3. LES QUOTITÉS ASSURÉES (TAUX DE COUVERTURE)	3
4. DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).....	4
5. LES GARANTIES ET EXTENSIONS DE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRES	4 - 9
6. RÈGLEMENT ET MONTANT DES PRESTATIONS	9
7. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE VOTRE CONTRAT	9 - 10
8. LA TERRITORIALITÉ	10
LA VIE DU CONTRAT	
9. MODIFICATION DU CONTRAT EN COURS DE VIE DU PRÊT	10
10. LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT	10
11. CESSATION DES GARANTIES ET RÉSILIATION DU CONTRAT	10 - 11
12. CALCUL ET PAIEMENT DES PRIMES	11
QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?	
13. LES FORMALITÉS À REMPLIR.....	11 - 13
14. LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS.....	13
15. CONTRÔLE ET EXPERTISE	13
INFORMATIONS LÉGALES	
16. QUE FAIRE EN CAS DE DÉSACCORD SUR L'APPLICATION DU CONTRAT ?	13 - 14
17. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE	14
18. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	14 - 15
19. PRESCRIPTION	15
20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES	15
21. SANCTIONS INTERNATIONALES	15

LEXIQUE ET DEFINITIONS

Pour l'exécution et l'interprétation du Contrat, les définitions suivantes sont retenues :

- **Accident** : désigne tout évènement non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'Assuré et provoquant une atteinte corporelle. Les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes ne sont pas des accidents au sens du présent Contrat.
- **Assuré/Vous** : désigne tout Candidat à l'assurance dont au moins une garantie du Contrat a pris effet.
- **Assureur(s)** : désigne au singulier PREDICA ou PACIFICA, entreprises régies par le Code des assurances, et au pluriel PREDICA et PACIFICA.
- **Candidat à l'assurance/Vous** : désigne l'Emprunteur, le Co-emprunteur ou la Caution ayant rempli et signé les formalités d'adhésion au présent Contrat, pour laquelle l'acceptation des Assureurs est en attente. Lorsque l'adhésion d'assurance a pris effet, cette personne est alors dénommée Assuré.
- **Caution** : désigne toute personne physique ou morale s'engageant à se porter garante du remboursement de tout ou partie du financement en cas de défaillance de l'Emprunteur et/ou du Co-emprunteur dans le cadre du financement objet de l'adhésion au présent Contrat.
- **Contrat** : désigne le présent Contrat d'assurance emprunteurs de groupe souscrit par le Prêteur auprès des Assureurs.
- **Convention AERAS** : dispositif en faveur des Candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé en vue de faciliter leur accès à l'assurance emprunteur. Un pavé d'information sur cette convention figure ci-dessous au présent article.
- **Emprunteur/Co-emprunteur** : toute personne physique ou morale ayant contracté un financement auprès du Prêteur.
- **Prêteur** : désigne la Caisse Régionale du Crédit Agricole Mutuel ou sa filiale qui a consenti le financement.
- **Consolidation** : désigne l'état de santé ou les lésions, caractérisant un certain degré d'incapacité de l'Assuré, qui se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement ne permet pas d'y remédier mais seulement d'éviter une aggravation. Cet état doit être reconnu par l'Assureur.
- **Activités habituelles non professionnelles** : pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle, il s'agit de l'ensemble des activités ménagères et de la gestion des affaires familiales et personnelles que l'Assuré réalise en autonomie de manière habituelle.
- **Délai de franchise pour la garantie ITT** : période d'interruption continue d'activité au titre de laquelle aucune prestation n'est due. La durée de la franchise est précisée dans la demande d'adhésion.
- **Délai de franchise pour la garantie Perte d'emploi** : période d'indemnisation par Pôle Emploi continue au titre de laquelle aucune prestation n'est due. La durée de la franchise est précisée dans la demande d'adhésion.
- **Période de carence pour la garantie Perte d'emploi** : période qui court à partir de la prise d'effet du contrat, et au cours de laquelle toute notification de licenciement ne pourra donner lieu à prise en charge. Elle se renouvelle après épuisement des droits à prestations au titre d'un sinistre.
- **Mentions légales des assureurs** :
 - PREDICA, S.A. au capital entièrement libéré de 1.029.934.935 €, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 50-56, rue de la Procession – 75015 Paris, 334 028 123 RCS Paris ;
 - PACIFICA, S.A. au capital entièrement libéré de 281.415.225€, entreprise régie par le Code des assurances, siège social : 8-10 Boulevard de Vaugirard - 75724 Paris Cedex 15, 352 358 865 RCS Paris.

CONVENTION AERAS : S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

Pour rappel, le Prêteur Vous fournit le feuillet valant dépliant d'information relatif à la Convention AERAS. L'Assureur s'engage, lorsqu'elle est applicable, à respecter la Convention AERAS, et notamment :

- **s'il refuse votre demande d'adhésion au « 1^{er} niveau »**, à la transmettre au « 2^{ème} niveau », conformément à la Convention AERAS, Titre VI, 1 ;
- **s'il refuse votre demande d'adhésion au « 2^{ème} niveau »**, à la transmettre au « 3^{ème} niveau », conformément à la Convention AERAS, Titre VI, 1 ;
- **si Vous demandez à adhérer à une « garantie invalidité »** :
 - à étudier cette demande, et notamment ;
 - à étudier les possibilités d'adhésion aux garanties Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT) et Invalidité AERAS (IA) conformément à la Convention AERAS, Titre VI, 4 ;
- **et si Vous êtes éligible à « l'écrêtement »**, à écrêter les primes en cas de surprime, conformément à la Convention AERAS, Titre VI, 6.

Le Contrat fait application, notamment lors de la gestion des sinistres et l'application éventuelle des clauses d'exclusion, **du mécanisme de droit à l'oubli en vigueur** à la date de conclusion de votre adhésion, tel que prévu par la loi et la Convention AERAS, et expliqué dans la fiche d'information qui Vous est remise avec vos documents d'adhésion.

Enfin, les dispositions de la présente Notice s'entendent sans préjudice de celles de la Convention AERAS.

LES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

- **PTIA** : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- **ITT** : Incapacité Temporaire Totale
- **IPT** : Invalidité Permanente Totale
- **IPP** : Invalidité Permanente Partielle
- **TPT** : Temps Partiel Thérapeutique
- **DORSO-PSY** : Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation
- **PE** : Perte d'Emploi
- **IA** : Invalidité AERAS

OBJET DU CONTRAT

Ce Contrat a pour objet de Vous couvrir en cas de survenance des risques de **Décès**, de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** et, selon le choix de l'Assuré et les exigences du Prêteur, d'**Incapacité Temporaire Totale (ITT)**, de **Perte d'emploi**.

En fonction des caractéristiques de votre financement, de votre âge et de votre situation professionnelle, le Contrat Vous permet également, de Vous couvrir en cas de survenance du risque d'**Invalidité Permanente Partielle (IPP)** et de bénéficier pour les couvertures ITT, IPT et IPP des extensions de couverture en cas d'**affections dorsales et psychiatriques (Dorso-Psy)**, de **Temps Partiel Thérapeutique (TPT)**.

Sous réserve d'acceptation du risque par les Assureurs, ces garanties Vous sont acquises si elles figurent dans votre demande d'adhésion signée, ou le cas échéant, dans votre proposition d'assurance signée.

Les exigences du Prêteur correspondent aux garanties et niveaux de garantie minimum exigés par le Prêteur pour accorder le financement. Elles Vous sont communiquées par le Prêteur dans la Fiche Standardisée d'Information et le cas échéant, la Fiche personnalisée.

VOS CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

1. QUI PEUT ADHÉRER ?

Vous êtes assurable dans le présent Contrat, lorsque Vous contractez un ou plusieurs prêts qualifiés de prêt immobilier au titre des articles L.313-1 et suivants du code de la consommation, en votre qualité :

- d'Emprunteur personne physique ;
- de Co-emprunteur personne physique ;
- de Dirigeant, de droit ou de fait, associé et/ou si Vous êtes désigné par la personne morale, indispensable à la bonne marche de celle-ci ;
- de Caution personne physique du ou des prêts.

Et si Vous êtes âgé, lors de la signature de votre demande d'adhésion, **d'au moins 12 ans** et de :

- **moins de 80 ans pour la garantie Décès (*)** ;

- moins de 70 ans pour la garantie PTIA ;
- moins de 64 ans pour les garanties ITT, IPT, IPP et les extensions de couverture TPT, DORSO-PSY;
- moins de 55 ans pour la garantie Perte d'emploi.

(*) En cas de financement faisant dépasser l'encours global assuré chez PREDICA, tous contrats assurance emprunteur confondus, de 2 000 000 €, la limite d'âge d'adhésion à la garantie Décès est ramenée à 75 ans.

Si Vous êtes mineur non émancipé à la date d'adhésion, la Demande d'adhésion, et la Proposition d'assurance le cas échéant, doivent être signées par votre représentant légal.

2. COMMENT ADHÉRER ?

2.1. MODALITÉS D'ADHÉSION

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

L'adhésion au contrat d'assurance peut être réalisée en agence ou sur le site internet des Assureurs, sous réserve des modalités d'adhésion proposées par le Prêteur.

En cas d'adhésion en ligne sur internet, vous donnez votre consentement à la communication des informations précontractuelles et contractuelles sous un format dématérialisé. Vous avez cependant la possibilité de modifier à tout moment votre décision et de revenir à une communication sur un format papier.

Pour adhérer au Contrat, Vous devez renseigner intégralement et signer une demande d'adhésion au Contrat ainsi qu'un questionnaire de santé que Vous devez intégralement renseigner et signer. Le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'une visite médicale et d'un bilan biologique, dont les frais inhérents sont pris en charge tout ou partie par l'Assureur. Vous pouvez en outre être invité à produire à vos frais toute copie de documents se rapportant à votre état de santé lorsque ces documents sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'adhésion.

Vous avez toujours la possibilité de remplir seul votre Questionnaire de Santé. A cet effet, le Prêteur met à votre disposition, si Vous le souhaitez, une enveloppe qui permet l'envoi du questionnaire de santé au médecin conseil de l'Assureur sous pli Confidentiel - Secret médical.

La durée de validité du questionnaire de santé est fixée à 6 mois à compter de sa signature.

Si l'Assureur ne l'a pas reçu dans ce délai, Vous devrez remplir un nouveau questionnaire.

La durée de validité des examens médicaux est fixée à 6 mois à compter de la date à laquelle ils ont été effectués.

Conformément au Code des assurances, toute réticence, omission ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus de l'Assuré, selon qu'elle est commise intentionnellement ou non, l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est à dire la nullité de l'adhésion ou la réduction d'indemnités (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). En cas de réduction proportionnelle de l'indemnité pour fausse déclaration non intentionnelle, constatée après le sinistre, l'Assuré doit rembourser à l'Assureur les sommes qui ont été indûment réglées au titre de son indemnisation, proportionnellement aux primes qu'il aurait dû payer à l'Assureur.

À l'adhésion comme en cours de Contrat, l'Assuré doit informer l'Assureur du nom des autres assureurs couvrant le même risque. Quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elles produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat d'assurance.

2.2. CONVENTION SUR LA PREUVE

Par dérogation à l'article 1359 du code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet (sous réserve que ces modalités soient proposées par le Prêteur), les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur vaudront signature par l'Assuré, lui seront opposables, et pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif tant à l'adhésion au Contrat qu'aux conditions générales telles que prévues dans la présente Notice, dûment acceptées par lui.

2.3. DÉCISION DE L'ASSUREUR ET NOTIFICATION

Au terme de l'examen de votre dossier, l'Assureur peut :

- **ACCEPTER** votre demande d'adhésion :
 - au taux de cotisation de base du Contrat ou à un taux majoré ;
 - avec ou sans réserves : il peut exclure certaines garanties et/ou extensions de couverture et/ou certaines pathologies pour des garanties et/ou extensions de couverture précises.

En cas de réserve partielle ou totale portant sur les garanties ITT et IPT, l'acceptation avec réserves peut s'accompagner, conformément à la Convention AERAS révisée, d'une proposition de la garantie Invalidité AERAS telle que définie à l'article 5.4. « Invalidité AERAS (IA) pour les prêts immobiliers ».

- **REFUSER** votre demande. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la Convention AERAS révisée, une étude du dossier dans un contrat de 2^{ème} niveau. Pour les prêts immobiliers, si à l'issue de cette étude, une proposition d'assurance ne peut toujours pas être établie, le dossier est examiné (sous condition d'âge et de montant emprunté) par un 3^{ème} niveau national.

En cas d'acceptation avec réserves ou à un taux majoré, l'Assureur communique à l'Assuré une proposition d'assurance précisant le taux de cotisation ainsi que les risques couverts. Cette proposition d'assurance doit être datée et signée par l'Assuré, qui retourne ensuite un exemplaire à l'Assureur à l'adresse figurant en en-tête de ladite proposition.

Dans tous les cas d'acceptation, l'Assuré reçoit de l'Assureur un certificat récapitulatif d'assurance.

En cas de refus, l'Assuré est informé par écrit de la décision.

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à quatre mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la proposition d'assurance, ou à défaut à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. Dans tous les cas si, avant la fin de ce délai, la prise d'effet du Contrat n'est pas intervenue ou si l'offre de prêt devient caduque, la demande d'adhésion doit être renouvelée.

LES GARANTIES DU CONTRAT

Au titre de chaque prêt(s) figurant dans votre demande d'adhésion signée, les garanties et les extensions de couverture complémentaires dont Vous bénéficiez sont celles précisées par prêt dans votre certificat d'assurance.

3. LES QUOTITÉS ASSURÉES (TAUX DE COUVERTURE)

Les prestations d'assurance sont acquises à l'Assuré selon la quotité assurée (également appelée taux de couverture) indiquée sur sa demande d'adhésion signée, sans que le taux de couverture puisse, pour chaque Assuré, être supérieur à 100 % du montant du prêt.

Au titre de chaque prêt et dans le respect des exigences du Prêteur, Vous pouvez moduler la quotité assurée par garantie de la manière suivante :

- une quotité choisie pour les garanties Décès et PTIA ;

- une quotité choisie pour les garanties ITT, IPT, IPP et pour les extensions de couverture TPT et DORSO-PSY. Cette quotité ne peut être inférieure à la moitié de la quotité Décès ;

La quotité pour la garantie Perte d'emploi, lorsqu'elle est souscrite, est mentionnée sur votre demande d'adhésion.

En cas de sinistre, les prestations liées aux garanties et extensions de couverture sont déterminées au prorata de la quotité assurée.

4. DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

4.1. GARANTIE DÉCÈS

Le décès de l'Assuré est pris en charge s'il survient en cours d'assurance, avant la fin du mois de son 90^{ème} anniversaire **et sous réserve des exclusions visées à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre Contrat ? ».**

En cas de financement faisant dépasser l'encours global assuré chez PREDICA tous contrats assurance emprunteur confondus, de 2 000 000 €, la limite d'âge de prestation de la garantie Décès est ramenée à la fin du mois du 80^{ème} anniversaire de l'Assuré.

4.2. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Vous êtes en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'en cours d'assurance les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- l'invalidité dont Vous êtes atteint Vous place dans l'impossibilité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
- elle Vous met définitivement et de façon permanente dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer) ;
- la date de la PTIA telle que reconnue par l'Assureur intervient avant la fin du mois du **70^{ème} anniversaire** de l'Assuré.

4.3. PRESTATIONS DÉCÈS OU PTIA

L'Assureur verse, dans la limite de la quotité assurée, le capital restant dû au titre du prêt tel qu'il ressort du tableau d'amortissement 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.**

Cas particuliers :

- si le décès de l'Assuré survient avant le point de départ de l'amortissement, le capital de base retenu est le montant du prêt tel qu'il est défini au contrat de prêt ;
- en cas de prêt partiellement débloqué, le montant versé par l'Assureur inclut le capital restant dû au jour du décès correspondant aux fonds débloqués antérieurement et les sommes restant à débloquenter telles que définies au contrat de prêt.

5. LES GARANTIES ET EXTENSIONS DE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRES

Les garanties et extensions de couverture complémentaires décrites ci-après sont accessibles en fonction de votre financement, de votre âge, de votre situation professionnelle.

En tout état de cause, les garanties et les extensions de couverture complémentaires dont Vous bénéficiez sont celles précisées dans votre Certificat d'assurance.

Les garanties ITT, IPT, Perte d'emploi et Invalidité AERAS ne peuvent être contractées qu'en complément des garanties de base Décès et PTIA.

La garantie IPP et les extensions de couverture DORSO-PSY et Temps Partiel Thérapeutique ne sont accessibles à l'Assuré que si les garanties ITT et IPT ont été souscrites.

Au titre des garanties et des extensions de couverture complémentaires, l'appréciation par l'Assureur des notions d'ITT, d'IPT, d'IPP et des extensions de couverture Temps Partiel Thérapeutique et DORSO-PSY n'est pas liée à la décision des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.1. GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (ITT)

5.1.A. DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Vous êtes en état d'ITT lorsque, en cours d'assurance, les conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- **Si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre** : Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident ou d'une maladie, dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer votre activité professionnelle (définie comme l'activité professionnelle que Vous exerciez au jour du sinistre), même à temps partiel ;
- **Si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous êtes demandeur d'emploi à la veille du sinistre** : Vous Vous trouvez, à la suite d'un Accident ou d'une maladie dans l'incapacité totale, reconnue médicalement, d'exercer vos activités habituelles non professionnelles même à temps partiel ;
- Dans tous les cas, cette incapacité est continue et persiste au-delà de la durée du délai de Franchise mentionné sur la Demande d'adhésion, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ;
- Dans tous les cas, cette incapacité doit être justifiée par la production des pièces prévues à l'article 13.3 « En cas d'Incapacité Temporaire Totale ».

La garantie ITT ne s'applique pas durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts).

5.1.B. FRANCHISE ITT

Le Délai de franchise applicable figure sur votre demande d'adhésion. Il correspond à la période d'interruption continue d'activité, au titre de laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Non-application du Délai de franchise en cas d'ITT successives :

Le Délai de franchise n'est pas appliqué en cas de nouvelle période d'ITT justifiée par l'Assuré, conformément à l'article 13.3, si la durée d'interruption de la prise en charge au titre de la garantie ITT a été inférieure à 90 jours.

5.1.C. PRESTATIONS ITT

L'Assureur règle au Prêteur, dans la limite des sommes dues et du plafond mensuel fixé à l'article 6.2 « Prestations maximales garanties » de la présente notice, les échéances arrêtées à la veille du sinistre, au prorata du nombre de jours d'incapacité :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement ;
- en intérêts seulement pour les prêts en phase de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période ;
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en capital en une seule fois au terme mais avec paiement régulier d'intérêts, la partie en capital de la dernière échéance n'étant jamais prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie ITT : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge seront celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Par dérogation à l'alinéa précédent, seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances **résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre**. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt ;
- En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs précisés à l'article 13.3 et au résultat de contrôles administratifs et/ou médicaux demandés par l'Assureur dont la conséquence peut être la poursuite ou l'arrêt de l'indemnisation.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.1.D. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ITT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que Vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 13.3 ;
- dès que Vous bénéficiez de prestations d'incapacité permanente partielle (et notamment indemnités journalières pour temps partiel thérapeutique, pension d'exploitant agricole invalide aux deux tiers, pension de première catégorie pour les salariés) ;
- dès le moment où, après expertise médicale initiée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle même à temps partiel si Vous exercez une activité professionnelle à la veille du sinistre ;
- dès le moment où, après expertise médicale initiée par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel, si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle ou si Vous étiez demandeur d'emploi à la veille du sinistre ;
- dès que Vous percevez une prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale, ou de la garantie Invalidité Permanente Partielle ou de l'extension de couverture Temps Partiel Thérapeutique ;
- au 1095^{ème} jour suivant la date du sinistre, date à laquelle l'Assureur étudiera une éventuelle prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou de la garantie Invalidité Permanente Partielle.

5.2. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

5.2.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

Vous êtes en état d'Invalidité Permanente Totale à partir du jour de consolidation de votre état de santé et dans les conditions indiquées ci-après.

A la date de consolidation de votre état de santé, et au plus tard après 36 (trente-six) mois à compter de la date de survenance du sinistre ITT, le médecin conseil de l'Assureur fixe, sur base des documents médicaux transmis et/ou d'une expertise médicale, votre taux global d'incapacité, sur la base de vos taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle.

(1) Taux d'incapacité fonctionnelle

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son Accident ou à sa maladie, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun édité par le Concours Médical le plus récent au jour de l'expertise.

(2) Taux d'incapacité professionnelle

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de sa capacité à l'exercer antérieurement à la maladie ou à l'Accident, des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente. Ces deux taux permettent de définir votre taux global d'incapacité, d'après le tableau suivant :

TAUX GLOBAL D'INCAPACITE DU CONTRAT										
(2) Taux d'incapacité professionnelle en %	(1) Taux d'incapacité fonctionnelle en %									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46
20	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58
30	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67
40	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74
50	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93
90	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Etat d'IPP : Vous bénéficiez d'une prestation égale à 50 % de celle prévue dans le cadre de l'ITT	Etat d'IPT : Vous bénéficiez d'une prestation identique à celle de l'ITT
---	--

Si le taux global d'incapacité fixé sur la base de ce tableau, et déterminé par le médecin conseil de l'Assureur, est égal ou supérieur à 66 %, les prestations de l'Assureur sont acquises.

Si le taux global d'incapacité déterminé par le médecin conseil de l'Assureur sur la base de ce tableau est inférieur à 66 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur au titre de la garantie IPT. Si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, Vous êtes considéré en IPT lorsque votre taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66 %.

La garantie Invalidité Permanente Totale ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts).

La garantie IPT ne peut pas se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPT fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.2.B. PRESTATIONS IPT

La prestation garantie au titre du risque IPT, ses modalités de calcul et de versement sont identiques à celles de la garantie ITT définies à l'article 5.1, à l'exception du Délai de franchise.

5.2.C. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS IPT

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que Vous n'êtes plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 13.4 ;
- dès le moment où, après contrôle administratif et/ou médical demandé par l'Assureur, Vous êtes reconnu capable d'exercer votre activité professionnelle ou Vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- dès que votre taux d'incapacité global, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 66 % ;
- dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 66 %, si Vous n'exercez pas d'activité professionnelle au moment du sinistre ;
- dès que Vous reprenez une quelconque activité professionnelle, de quelque nature que ce soit, même à temps partiel ;
- lorsque Vous êtes indemnisé (pour la première fois ou de nouveau) par Pôle Emploi.

5.3. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP)

5.3.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Lorsque Vous en bénéficiez, la garantie IPP Vous est acquise à partir du jour de consolidation de votre état de santé si votre taux global d'incapacité, déterminé par le médecin conseil de l'Assureur dans les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice, est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %.

Si le taux global d'incapacité déterminé par le médecin conseil de l'Assureur est inférieur à 33 %, dans les conditions définies à l'article 5.2 de la présente Notice, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Seules les personnes exerçant une activité professionnelle au moment du sinistre peuvent bénéficier des prestations prévues au titre de cette garantie.

La garantie Invalidité Permanente Partielle ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables à différé total (remboursement en une seule fois du capital et des intérêts).

La garantie IPP ne peut pas se cumuler avec la garantie ITT. La perception de la garantie IPP fait cesser votre prise en charge au titre de la garantie ITT.

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) ou de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5.3.B. PRESTATIONS IPP

Pendant la durée d'Invalidité Permanente Partielle, après consolidation de votre état de santé, l'Assureur verse une prestation égale à 50 % de la prestation prévue au titre de la garantie ITT, avec les mêmes limites de montant de prise en charge, à l'exception du délai de Franchise.

5.3.C. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations cesse :

- dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- dès que votre taux d'incapacité global, apprécié par le médecin conseil de l'Assureur, passe en dessous de 33 % ;
- à la date de mise en jeu de la garantie IPT ;
- dès que Vous êtes déclaré apte à reprendre votre activité professionnelle par le médecin conseil de l'Assureur ;
- lorsque Vous reprenez une activité professionnelle, de quelque nature que ce soit, même à temps partiel ;
- lorsque Vous êtes indemnisé (pour la première fois ou de nouveau) par Pôle Emploi.

5.4. GARANTIE INVALIDITÉ AERAS (IA) POUR LES PRÊTS IMMOBILIERS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS en vigueur à la date d'adhésion.

Si les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec réserves, l'Assureur peut proposer à l'Assuré une garantie Invalidité AERAS. Seuls les Assurés en activité professionnelle au jour du sinistre peuvent être garantis pour le risque Invalidité AERAS. Le courrier mentionné à l'article 2.3 « Décision de l'Assureur et notification » précisera si cette garantie est ou non accordée.

5.4.A. DÉFINITION DE L'INVALIDITÉ AERAS (IA)

L'Assuré est en état d'Invalidité AERAS lorsque, conformément aux dispositions de la Convention AERAS, les six conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- son invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un Accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle ;
- la consolidation de l'état d'invalidité a été constatée ;
- le taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70 % (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite publié au Journal Officiel par décret N°2001-99 du 31 janvier 2001) ;
- la détermination du taux d'incapacité fonctionnelle s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical comprenant toutes les pièces demandées ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical tel que prévu à l'article 15.1 pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque Invalidité AERAS ;
- l'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
 - lorsqu'il est salarié : d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;
 - lorsqu'il est fonctionnaire ou assimilé : d'un Congé Longue Durée ;
 - lorsqu'il est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession ;
- la date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant la fin du mois du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

5.4.B. PRESTATION GARANTIE

La prestation garantie au titre du risque Invalidité AERAS, ses modalités de calcul et de versement et ses conditions d'exclusion telles que définies à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre Contrat ? » et de cessation sont identiques à celles définies pour la garantie ITT. Par exception, la date de début de prise en charge correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité AERAS. La date de consolidation retenue par les organismes sociaux ou assimilés ne lie pas l'Assureur.

5.4.C. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS IA

Le versement des prestations Invalidité AERAS cesse :

- dans les cas de cessation de l'adhésion et des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du Contrat » ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'Invalidité AERAS tel que défini à l'article 5.4.A ;
- lorsqu'il n'est plus en mesure de fournir les justificatifs définis à l'article 13.5 ;
- lorsqu'après contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnelle est inférieur à 70 % ;
- en cas de reprise d'une activité professionnelle, même à temps partiel.

5.5. EXTENSION DE COUVERTURE AFFECTIONS DORSALES ET PSYCHIATRIQUES SANS CONDITION D'HOSPITALISATION (DORSO-PSY)

Lorsque vous bénéficiez de l'extension de couverture DORSO-PSY, cette extension s'applique aux garanties ITT, IPT, IPP et à l'extension TPT (selon les garanties et extensions dont Vous bénéficiez). La période de franchise choisie pour la garantie ITT s'applique à cette extension de couverture.

Dans le cadre de cette extension DORSO-PSY, Vous êtes couvert, sans condition d'hospitalisation, pour les pathologies suivantes :

- les suites et conséquences de troubles du psychisme ou de maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique, troubles de l'adaptation et troubles bi-polaires ;
- les suites et conséquences des syndromes de fatigue chronique, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus ;
- les sinistres résultant d'une atteinte et/ou affection vertébrale, para-vertébrale, discale ou radiculaire et spécialement : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, radiculalgies (névralgies cervico-brachiales, sciatalgies, cruralgies) et coccygodynies.

Les exclusions spécifiques détaillées dans votre Proposition d'assurance signée sont applicables au titre de l'extension de couverture DORSO-PSY.

Cette extension de couverture cesse le même jour que la garantie principale concernée. Les modalités de calcul et de versement des prestations sont identiques à celles de la garantie principale concernée.

5.6. EXTENSION DE COUVERTURE GARANTIE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

Lorsque Vous bénéficiez de l'extension de couverture Temps Partiel Thérapeutique, la durée maximale d'indemnisation propre à cette couverture est précisée dans votre demande d'adhésion.

Cette extension de couverture Temps Partiel Thérapeutique Vous assure une indemnisation en cas de reprise de l'activité professionnelle à temps partiel thérapeutique après une période d'indemnisation en ITT d'au moins un mois. L'indemnisation s'élève à 50 % des prestations prévues en cas d'ITT et dans la limite de la durée de prise en charge maximale sélectionnée par vos soins dans la demande d'adhésion.

Les exclusions spécifiques détaillées dans votre Proposition d'assurance signée sont applicables au titre de l'extension de couverture Temps Partiel Thérapeutique.

Les prestations cessent :

- à la fin du Temps Partiel Thérapeutique et au plus tard à l'issue de la durée de prestation maximale précisée dans votre demande d'adhésion ;
- à la date de cessation de la couverture Temps Partiel Thérapeutique, conformément à l'article 11 de la présente Notice ;
- au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre des garanties IPT et IPP.

5.7. GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Dans le cadre de votre demande d'Adhésion, Vous pouvez sélectionner et demander à bénéficier de la garantie Perte d'emploi si Vous remplissez les conditions cumulatives suivantes :

- Vous avez moins de 55 ans (date anniversaire) à la date de signature de Votre demande d'adhésion ;
- Vous êtes salarié d'un seul employeur et titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, ouvrant droit, en cas de licenciement, au versement des allocations d'assurance chômage versées par Pôle Emploi ou autres organismes prévus aux articles L.5421, L.5427-1 et suivants du Code du travail. Le terme « Pôle Emploi » utilisé dans le présent Contrat regroupe ces différents organismes ;
- Vous n'êtes pas, au moment de la signature de la demande d'adhésion, en préavis de licenciement ;
- Vous avez demandé simultanément à adhérer aux garanties Décès et PTIA dans le cadre de votre Demande d'Adhésion, et Vous avez été accepté par l'Assureur au minimum pour la garantie Décès.

La garantie Perte d'emploi ne s'applique ni durant la phase de différé total en capital et intérêts pour les prêts en comportant, ni aux prêts non amortissables (remboursement du capital et des intérêts en une seule fois au terme).

5.7.A. DÉFINITION

Sous réserve du paiement de la prime, Vous êtes considéré en situation de Perte d'emploi lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- Vous êtes en situation de chômage total résultant exclusivement d'un licenciement ;
- Ce licenciement a mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique ;
- Vous percevez les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail.

La garantie Perte d'emploi est soumise à une **Période de carence, d'une durée de 365 jours**, qui débute à la date de prise d'effet de l'assurance.

Un licenciement notifié au salarié durant cette période ne donnera jamais lieu à prise en charge même si la situation de chômage se prolonge au-delà de ces 365 jours.

5.7.B. PRESTATIONS

Pour chaque prêt garanti, le montant de la prestation est calculé à partir du montant de l'échéance du prêt défini dans le tableau d'amortissement auquel s'applique :

- la quotité indiquée pour chaque Assuré dans sa demande d'adhésion au titre de la garantie Perte d'emploi ;
- le prorata du nombre de jours calendaires de Perte d'emploi rapporté au nombre de jours entre deux échéances (au-delà de la franchise).

Le montant des prestations dues au titre de la garantie Perte d'emploi ne peut en tout état de cause excéder un montant de 3 500 euros par mois (pour une quotité de 100 %) ou 1 750 euros par mois (pour une quotité de 50 %).

La prestation est maintenue tant que l'Assuré justifie de sa situation de Perte d'emploi dans la limite d'une durée maximum de 365 jours d'indemnisation.

Sont prises en considération les échéances :

- en capital et intérêts pour les prêts en cours d'amortissement ;
- en intérêts seulement pour les prêts en période de différé d'amortissement du capital avec paiement régulier d'intérêts pendant cette période ;
- en intérêts seulement pour les prêts amortis en une seule fois au terme, mais avec paiement régulier d'intérêts. La partie en capital de la dernière échéance n'est pas prise en charge.

Aucune majoration d'échéance ne peut être prise en considération pendant une prise en charge au titre de la garantie Perte d'emploi : pour les prêts à échéances modulables et les opérations de réaménagement du crédit, les échéances prises en charge sont celles en vigueur à la veille du sinistre.

Cas particuliers :

- Par dérogation à l'alinéa précédent, seront prises en compte les modifications à la hausse des échéances **résultant de la fin d'exercice d'une option contractuelle prévue au contrat de prêt et décidée avant la date du sinistre**. Ainsi la prise en charge se poursuivra sur la base des nouvelles échéances résultant de la fin de l'exercice d'une telle option, sans toutefois que le montant de l'échéance puisse être supérieur à celui qui était défini avant exercice de l'option du contrat de prêt ;
- **En cas de modification des échéances à la baisse pendant une prise en charge** : l'Assureur retiendra, pour assiette de calcul de la prestation, le montant de la nouvelle échéance.

Si plusieurs Assurés au titre d'un prêt ont droit en même temps à prise en charge, le total des prestations ne peut excéder le montant de l'échéance.

Durée de prestation :

Au titre d'un même licenciement, la prise en charge ne peut excéder 365 jours d'indemnisation (continus ou non), même si Vous êtes encore au chômage au-delà.

Pour bénéficier d'une nouvelle période de prise en charge, Vous devez réunir les conditions **cumulatives** suivantes :

- être en situation de chômage total résultant d'un nouveau licenciement ;
- ce nouveau licenciement doit avoir mis fin à une période d'activité salariée d'au moins une année entière sous contrat de travail à durée indéterminée chez un employeur unique ;
- percevoir les allocations d'assurance chômage prévues aux articles L.5421-1 et suivants du Code du travail.

5.7.C. FRANCHISES

Les prestations sont dues à l'expiration du Délai de franchise prévu dans votre demande d'adhésion signée. Cette période de franchise ne donnera jamais lieu à prise en charge.

Précisions :

Une indemnisation par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité pendant la période de franchise suspend le décompte du délai de franchise jusqu'à la reprise de l'indemnisation par Pôle Emploi.

Une reprise d'activité professionnelle pendant la période de franchise entraîne l'application d'une nouvelle période de franchise si l'Assuré justifie d'une nouvelle situation de chômage, indemnisée par Pôle Emploi qui fait suite à l'un des événements suivants :

- un licenciement ;
- une fin de contrat à durée déterminée ;
- une période d'essai non concluante ;
- une fin de stage de formation professionnelle.

5.7.D. REPRISE TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ EN COURS D'INDEMNISATION

Une reprise d'activité professionnelle d'une durée inférieure ou égale à 180 jours, ou bien une prise en charge par des organismes sociaux (Caisse primaire d'assurance maladie ou tout autre organisme assimilé) au titre de l'assurance maladie ou maternité n'ont qu'un effet suspensif sur le versement des prestations. L'Assureur reprend ses versements sur production des bordereaux ou relevés de situation attestant de la reprise du versement des allocations d'assurance de Pôle Emploi.

Une reprise d'activité professionnelle d'une durée supérieure à 180 jours met fin au versement des prestations. Toutefois, l'Assuré pourra bénéficier ultérieurement, après application d'une nouvelle période de franchise, d'une ou plusieurs autres périodes d'indemnisation, s'il justifie d'une nouvelle situation de chômage total indemnisé par Pôle Emploi faisant suite à l'un des événements suivants :

- un licenciement ;
- une fin de contrat à durée déterminée ;
- une période d'essai non concluante ;
- une fin de stage de formation professionnelle.

5.7.E. CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS PERTE D'EMPLOI

Le versement des prestations cesse :

- **lorsque la durée maximale d'indemnisation au titre du sinistre est atteinte ;**
- **en cas d'Incapacité Temporaire Totale par suite de maladie ou d'accident si les allocations chômage sont suspendues à ce titre ;**
- **en cas de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie, maternité ;**
- **à la date de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage ;**
- **en cas de reprise d'une activité à temps partiel ou à temps complet, en contrat à durée déterminée ou indéterminée ;**
- **à la date de mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP ou des extensions de couverture Temps Partiel Thérapeutique et DORSO-PSY ;**
- **le jour où l'Assuré a liquidé ses droits à la retraite au titre de son activité professionnelle ou pour inaptitude ;**
- **en tout état de cause, au plus tard, au dernier jour du mois de survenance du 67ème anniversaire de l'Assuré ;**
- **au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.**

La garantie Perte d'emploi cesse :

- **dans les cas de cessation des garanties visés à l'article 11 « Cessation des garanties et résiliation du contrat » ;**
- **à la date de mise à la retraite ou préretraite, quelle qu'en soit la cause (invalidité, réforme, inaptitude ou autre) ;**
- **au jour où Vous bénéficiez du statut de travailleur non salarié ou cessez d'exercer toute activité professionnelle. Vous êtes tenu**

d'informer le Prêteur de ce changement de situation. En cours de prêt, Vous pourrez réintégrer le groupe assuré, sous réserve de la reprise du paiement des primes, dans le cas où Vous reprendriez une activité professionnelle salariée exercée sous contrat à durée indéterminée, sur demande écrite dans les 3 mois suivant cette reprise.

6. RÈGLEMENT ET MONTANT DES PRESTATIONS

6.1. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour chaque garantie, la prestation est calculée selon les quotités assurées (également appelées taux de couverture) portées sur votre demande d'adhésion.

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même financement, les prestations de l'Assureur sont limitées aux montants dus au titre des prêts garantis et figurant sur le tableau d'amortissement.

Le remboursement des mensualités de prêts doit se poursuivre jusqu'à la prise en charge des prestations par l'Assureur.

6.2. PRESTATIONS MAXIMALES GARANTIES

Si Vous êtes assuré pour plusieurs dossiers de prêts auprès de PREDICA, le montant maximal de la prestation à verser est limité par Assuré et pour tous prêts confondus

- à 15 000 000 € pour les garanties décès et PTIA ;
- à 10 000 € par mois pour les garanties IA, ITT et IPT, IPP et les extensions de couverture DORSO-PSY, TPT.

Le montant de prestation maximal de la garantie Perte d'emploi est indiqué sur votre demande d'adhésion.

Le montant de prestation maximal au titre de la garantie Perte d'emploi est indiqué à l'article 5.7.B.

7. QUELS SONT LES RISQUES EXCLUS DE VOTRE CONTRAT ?

Sont exclus pour l'ensemble des garanties du présent Contrat :

- **Le suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance. Toutefois, pour les prêts destinés à l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert la première année, dans la limite d'un plafond de 120 000 €.**
- **Les accidents, blessures, maladies et mutilations, lorsque ces événements résultent d'un fait volontaire de l'Assuré.**
- **Les conséquences des faits de guerre étrangère lorsque l'Etat Français est partie belligérante.**
- **Les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. *Les gendarmes, les militaires, les policiers, les pompiers et les démineurs dans l'exercice de leur profession ne sont pas visés par cette exclusion.***
- **Les risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records.**
- **Les risques encourus sur véhicules terrestres à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse.**
- **Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'inhalations, quand ils proviennent de la transmutation de noyaux d'atome. *Les gendarmes, les militaires, les policiers et les personnels civils de la défense, dans l'exercice de leurs missions, ne sont pas visés par cette exclusion.***

Si vous ne bénéficiez pas de l'extension de couverture Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation (DORSO-PSY), sont exclus pour les garanties ITT, IPT, IPP et les extensions de couverture TPT du présent Contrat :

- **Les suites et conséquences de troubles du psychisme ou de maladies psychiatriques : névroses, psychoses, syndrome dépressif, anxiété pathologique, troubles de l'adaptation et troubles bi-polaires, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, exclusion faite des séjours en maison de convalescence ou de repos ;**
- **Les suites et conséquences des syndromes de fatigues chroniques, fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, exclusion faite des séjours en maison de convalescence ou de repos ;**
- **Les sinistres résultant d'une atteinte et/ou affection vertébrale, para-vertébrale, , discale ou radiculaire et spécialement : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, radiculalgies (névralgies cervico-brachiales, sciatalgies, cruralgies) et coccygodynies, sauf si cette atteinte et/ou affection nécessite une hospitalisation de plus de 9 jours consécutifs, exclusion faite des services de SSR (Soins de Suite et Réadaptation dont la rééducation fonctionnelle) et des séjours en maison de convalescence ou de repos.**

Au titre de la garantie Perte d'emploi, ne peuvent jamais donner lieu à indemnisation :

- le chômage résultant de votre démission, même indemnisé par Pôle Emploi ;
- le chômage à l'issue ou en cours d'un contrat de travail à durée déterminée, sauf application des articles 5.7.C. « Franchises » ou 5.7.D. « Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation » ;
- le chômage résultant du licenciement d'un Assuré salarié de son conjoint, d'un ascendant, d'un descendant, d'un collatéral, d'un Co-emprunteur, ou cautions personnes physiques ou salarié d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son conjoint, par un ascendant, par un descendant, par un collatéral ou par un Co-emprunteur ou cautions personnes physiques ;
- la Perte d'emploi, même indemnisée par Pôle Emploi, résultant d'un accord entre employeur et salarié dit départ négocié ou rupture conventionnelle du contrat de travail (articles L.1237-11 et suivants du Code du travail) ;
- le chômage partiel ou saisonnier ;
- le licenciement pour fin de chantier ;
- le chômage non indemnisé par Pôle Emploi ;
- toute forme de cessation d'activité dont la réglementation n'implique pas la recherche d'un nouvel emploi ;

- **la rupture du contrat de travail, en cours ou à l'issue d'une période d'essai, sauf application des articles 5.7.C. « Franchises » ou 5.7.D. « Reprise temporaire d'activité en cours d'indemnisation ».**

8. LA TERRITORIALITÉ

Les garanties et extensions de couverture du Contrat couvrent l'Assuré dans tous les pays du monde sous réserve de la production des justificatifs visés à l'article 13. Si l'Assureur demande une visite médicale, elle doit obligatoirement s'effectuer sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'Assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'Assureur sur le sol français, restent à la charge de l'Assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'Assureur sont pris en charge par ce dernier.

LA VIE DU CONTRAT

9. MODIFICATION DU CONTRAT EN COURS DE VIE DU PRÊT

Toute modification d'une ou plusieurs caractéristiques de votre Contrat et des garanties est subordonnée à l'acceptation préalable de l'Assureur ainsi qu'à la signature d'un avenant entre Vous et l'Assureur.

10. LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

10.1. DATE DE CONCLUSION DE L'ADHÉSION

L'adhésion est conclue :

- soit à la date de signature de votre demande d'adhésion si Vous êtes accepté au taux normal sans réserve ;
- soit à la date de réception par l'Assureur de la proposition d'assurance dûment acceptée par Vous-même, le cas échéant.

Si une évolution de votre état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion, Vous êtes tenu d'en informer l'Assureur par l'intermédiaire du Prêteur.

10.2. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première prime, à la plus tardive des deux dates suivantes :

- date de conclusion de l'adhésion ;
- ou date de signature du contrat de crédit ou date d'acceptation de l'offre de contrat de crédit pour les crédits relevant des articles L. 313-1 et suivants du Code de la consommation.

Toutefois, une garantie « décès accidentel » est accordée à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion (hors demande de devis), jusqu'à la date de prise d'effet des garanties sous réserve toutefois qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du Prêteur. Elle est égale au montant emprunté pondéré par la quotité d'assurance demandée dans la limite de 200 000 €. **Cette couverture « décès accidentel » cesse en tout état de cause en cas de refus de l'adhésion par l'Assureur et au plus tard 3 mois après la date de signature de votre demande d'adhésion.**

Si la date de prise d'effet des garanties retenue est antérieure à la date d'expiration du délai de renonciation tel que prévu à l'article 10.3 « Faculté de renonciation » de la présente notice, les garanties ne pourront prendre effet qu'à l'expiration dudit délai de renonciation, sauf demande contraire de l'Assuré, exprimée notamment sous forme de demande de mise à disposition de tout ou partie des sommes objets du contrat de prêt, **et sous réserve de l'encaissement de la première prime.**

10.3. FACULTÉ DE RENONCIATION

10.3.A. DÉLAI POUR EXERCER LA FACULTÉ DE RENONCER

L'Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, ou de la proposition d'assurance le cas échéant.

Vous ne pouvez plus exercer votre droit de renonciation dès lors que Vous demandez la prise en charge d'un sinistre mettant en jeu une garantie du Contrat.

10.3.B. MODALITÉS DE LA RENONCIATION

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Prêteur. Elle peut être faite selon le modèle suivant : "Je soussigné(e) M. Mme..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer au Contrat signé le à [lieu d'adhésion]. Le [date et signature]."

10.3.C. EFFETS DE LA RENONCIATION

L'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et l'Assureur procède, par l'intermédiaire du Prêteur, au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. En cas d'exercice par l'Assuré de sa faculté de renonciation, **l'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans l'hypothèse où la renonciation porte sur une adhésion accessoire à un prêt immobilier, le Prêteur peut se réserver le droit, dans les conditions prévues à l'offre de prêt et dans le respect de la réglementation applicable, de reconsidérer sa position sur le sort de l'opération de prêt demandée/octroyée et initialement couverte en application du présent Contrat.**

10.4. DURÉE DU CONTRAT

Votre adhésion est conclue pour la durée du prêt mentionnée dans la demande d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation mentionnés à l'article 11.

10.5. DATE D'ANNIVERSAIRE

La date anniversaire pour l'exercice de la faculté annuelle de résiliation de votre contrat correspond à celle de la date à laquelle vous avez signé votre offre de prêt.

11. CESSATION DES GARANTIES ET RÉSILIATION DU CONTRAT

11.1. CAS DE CESSATION DES GARANTIES

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas :

- de non-paiement des primes et après mise en œuvre des formalités de l'article L.141-3 du Code des assurances ;
- de règlement des prestations au titre des garanties Décès ou PTIA ;
- de survenance de l'échéance finale du financement ;
- de remboursement total anticipé du financement ;
- de cessation du financement ou d'absence de prise d'effet du Financement, quelque qu'en soient les causes, et notamment en cas de résolution du financement, d'exercice par l'Assuré de son droit de rétractation au Financement, de non réalisation des conditions suspensives d'obtention du Financement ;
- d'exigibilité du financement avant terme ;
- de transfert du financement à un autre emprunteur, sauf dans le cas où l'Emprunteur personne physique transfère son prêt à une personne morale dont il est l'unique associé ;
- de départ de l'Assuré, associé ou dirigeant de droit de la personne morale emprunteuse, dans la mesure où il résilie son engagement de caution ;

- de fin de votre engagement de caution du financement, si Vous avez adhéré au Contrat en qualité de caution personne physique et non d'emprunteur ou co-emprunteur ;
- de réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 10.3 « Faculté de renonciation ».

En outre, chaque garantie cesse au plus tard au dernier jour du mois de survenance de l'âge limite de garantie fixé à :

- 90 ans pour la garantie Décès (*) ;
- 70 ans pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- 67 ans pour les garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale, Invalidité AERAS, Invalidité Permanente Partielle, Temps Partiel Thérapeutique, Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation et Perte d'emploi.

(*) En cas de financement faisant dépasser l'encours global assuré chez PREDICA tous contrats assurance emprunteur confondus, de 2 000 000 €, la limite d'âge d'effet de la garantie Décès est ramenée à 80 ans.

11.2. EXERCICE PAR L'ASSURÉ DE SA FACULTÉ DE RÉSILIATION

Votre adhésion et vos garanties cessent en cas d'exercice de votre faculté de résiliation :

- à compter de l'émission de l'offre de prêt et jusque dans les 12 mois suivant la signature de ladite offre au plus tard 15 jours avant le terme de cette période. La résiliation prend effet, soit dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur, soit à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.
- chaque année à la date anniversaire de la date à laquelle vous avez signé votre offre de prêt, exercée au moins deux mois avant cette date anniversaire. Si les garanties de votre adhésion sont exigées par le Prêteur, la résiliation prend effet, soit dix (10) jours après réception par l'Assureur de la décision d'acceptation du Prêteur du contrat proposé en substitution, soit à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure, et dans tous les cas, au plus tôt à la date anniversaire susmentionnée. L'Assuré doit notifier à l'Assureur par lettre recommandée la décision d'acceptation du Prêteur du contrat d'assurance proposé en substitution.

Dans tous les cas, la demande de résiliation doit être exercée par lettre recommandée adressée à l'Assureur par l'intermédiaire de votre Prêteur, à l'adresse figurant en en-tête de la Fiche Standardisée d'Information qui Vous a été remise.

12. CALCUL ET PAIEMENT DES PRIMES

12.1. MONTANT DE LA PRIME

La couverture des risques garantis est accordée moyennant le paiement par l'Assuré de la prime d'assurance. La prime d'assurance est déterminée selon les conditions tarifaires indiquées dans votre demande d'adhésion ou le cas échéant votre proposition d'assurance signée ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'assurance est souscrite en cours de prêt.

Dans le cas d'un remboursement anticipé partiel, le montant de l'assiette de prime est diminué du montant du capital remboursé pour le calcul des primes suivantes.

La prime d'assurance est calculée en fonction de la durée de chacune des garanties. La cessation contractuelle des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP, PE et des extensions de couverture TPT et DORSO-PSY n'entraîne donc pas de diminution du montant de la prime due.

12.2. MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRIME

Les primes sont payables d'avance mensuellement au Prêteur, au nom et pour le compte de l'Assureur, distinctement de l'échéance de prêt. Elles sont payables notamment par prélèvement sur un compte ouvert au nom de l'Assuré ou de l'Emprunteur et pour le compte de l'Assureur auprès d'un établissement français ou de l'Union Européenne.

L'Assuré est tenu au paiement de l'intégralité de ses primes pendant toute la durée de l'adhésion. Une prise en charge au titre de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP, du TPT, de DORSO-PSY ou de la Perte d'emploi ne suspend pas l'obligation de paiement de vos primes d'assurance.

En cas de non-paiement des primes, le Prêteur peut exclure définitivement l'Assuré conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi par le Prêteur d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt 10 jours après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

13. LES FORMALITÉS À REMPLIR

La demande de prise en charge doit se faire auprès du Prêteur qui Vous communiquera les coordonnées du service auquel devra être adressée la déclaration de sinistre. Les frais liés à l'obtention et à l'envoi des pièces justificatives sont à la charge de l'Assuré.

Si Vous faites intentionnellement de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances, les conséquences du sinistre, ou si Vous produisez des documents falsifiés, la garantie et/ou l'extension de couverture ne Vous sera pas acquise, et ce pour la totalité du sinistre. Vous perdrez également tout droit à garantie pour la totalité du sinistre si celui-ci est volontairement provoqué.

NOTA : le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs ci-dessous. L'appréciation du risque garanti relève de l'Assureur qui se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude de la demande de prestation.

13.1. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS DE DÉCÈS

- Un acte ou un bulletin de décès
- Un certificat médical indiquant en particulier si le décès est dû à une cause naturelle ou accidentelle et s'il est dû ou non à un risque exclu

La déclaration doit être faite dans les jours qui suivent la survenance du décès.

13.2. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- Un Questionnaire Médical d'Incapacité - Invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical confirmant :
 - que Vous êtes dans l'incapacité totale et définitive de Vous livrer à toute occupation ou à toute activité rémunérée ou pouvant Vous procurer gain ou profit ;
 - la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte la PTIA ;
 - que votre état Vous oblige à recourir à l'assistance totale et constante d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).
- Vous devez joindre également une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité majorée pour tierce personne.

Le dossier complet de demande de prise en charge doit être remis dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 2 ans, sous peine de perdre droit à toute indemnisation au titre du sinistre.

13.3. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE, DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE, DE DORSO-PSY

A remettre à l'emprunteur lors de sa demande d'adhésion Notice d'information - Réf. AssuReponse ImmoPE / 01 - 2018

Page 11/15

- Un Questionnaire Médical d'Incapacité - Invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical indiquant :
 - la nature de la maladie ou de l'accident ayant provoqué l'incapacité
 - la date de l'accident ou de début de la maladie
 - la durée probable de l'incapacité

Vous devez joindre également :

- pour les salariés : les bordereaux de paiement d'indemnités journalières maladie ou accident de votre organisme de protection sociale, ou une attestation de l'employeur en cas de subrogation. Le titre de pension invalidité 1^{ère} catégorie n'est pas recevable pour justifier de l'éligibilité à l'Incapacité Temporaire Totale, au Temps Partiel Thérapeutique, à DORSO-PSY;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une attestation de l'employeur ou l'arrêté de position administrative ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : les indemnités journalières pour les personnes relevant du Régime Social des Indépendants, à défaut un certificat médical précisant les périodes d'arrêt de travail, ou le Titre de pension (TP) pour incapacité au métier.

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans le délai de 90 jours suivant cette date. A défaut une déchéance partielle de garantie pourra être appliquée, conformément à l'article L.113-2-4° du Code des assurances (réduction de votre prestation dans la proportion du préjudice que ce manquement nous aura fait subir) et la prise en charge débutera au jour de la réception du dossier complet par l'Assureur.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour le questionnaire médical d'Incapacité - Invalidité. **A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.**

13.4. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE, D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Un Questionnaire Médical d'Incapacité - Invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, Vous devrez fournir, en plus de ce questionnaire médical incomplet, un certificat médical indiquant :

- la nature de la maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'incapacité
- la date de l'accident ou de début de la maladie
- la durée probable de l'incapacité

Joindre également :

- pour les salariés le cas échéant : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale de votre mise en invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie, ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66 % ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les personnes sans profession, les demandeurs d'emploi et les retraités : un certificat médical précisant les périodes d'incapacité à vos activités habituelles non professionnelles, même à temps partiel ;
- pour les Travailleurs Non-Salariés : une copie du titre de pension d'Invalidité Permanente Totale et Définitive.

Il vous appartient de déclarer la consolidation de votre état de santé dans les 6 mois de celle-ci. **Si la consolidation de votre état de santé est déclarée après ce délai, la prise en charge débutera, sous réserve d'acceptation du dossier par l'Assureur, à compter du jour de la réception par celui-ci de la déclaration de consolidation.**

13.5. JUSTIFICATIFS À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ AERAS

Il revient à l'Assuré de fournir au Prêteur, **dans les 180 jours qui suivent la survenance de l'invalidité**, toute information de nature à permettre de constater et vérifier un droit à prestations et notamment :

- un Questionnaire Médical d'Incapacité - Invalidité préétabli, tenu à votre disposition chez le Prêteur, à compléter par vos soins et avec l'aide de votre médecin. En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, l'Assuré devra fournir, en plus du Questionnaire incomplet, un certificat médical attestant la date à laquelle cet état a revêtu un caractère définitif et la nature de la maladie ou de l'accident dont résulte l'invalidité.

Vous devez joindre également :

- pour les salariés : une copie de la notification par votre organisme de protection sociale d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie ;
- pour les fonctionnaires et assimilés : une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme, et une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les non-salariés : une copie du titre de pension d'invalidité à 100 % ou une copie du titre de pension d'Invalidité Permanente Totale et Définitive.

13.6. EN CAS DE PERTE D'EMPLOI

- Une copie de votre lettre de licenciement et de votre lettre d'admission au bénéficiaire du revenu de remplacement délivrée par Pôle Emploi ou par l'Etat
- Une attestation de votre ou de vos employeurs précédents précisant la nature du contrat de travail au moment de votre licenciement, ainsi que les natures, dates de début et de fin de vos contrats de travail depuis votre adhésion au Contrat
- Vos bordereaux de paiement des prestations par Pôle Emploi ou par un organisme assimilé
- Le tableau d'amortissement en vigueur à la veille de la date de licenciement

La déclaration doit être faite à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans un délai de 90 jours suivant cette date. Quand l'Assureur a accepté la demande de prise en charge, Vous devez adresser au Prêteur, dans les meilleurs délais, les bordereaux ou relevés de situation de versement des allocations d'assurance servies par Pôle Emploi. Ils conditionnent le versement des prestations.

Dans les cas suivants, Vous devez fournir des documents complémentaires :

- au terme d'une période de prise en charge par un organisme de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou maternité : les bordereaux de versement des prestations correspondants ;
- à l'issue d'une reprise temporaire d'activité, le ou les certificats de travail, et si la reprise est supérieure à 180 jours :
 - la lettre de licenciement ou la notification de l'employeur mettant fin à la période d'essai non concluante ou le contrat de travail à durée déterminée ou le certificat de stage ;
 - l'avis de réadmission (ou de prolongation) aux allocations d'assurance versées par Pôle Emploi.

14. LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le Prêteur est bénéficiaire acceptant des prestations garanties au titre des garanties et extensions de couverture à concurrence des sommes qui lui sont dues, fixées selon le tableau d'amortissement ou l'échéancier du (des) prêt(s). Le surplus éventuel est versé à vos héritiers en cas de décès, et à Vous-même en cas de PTIA. Lorsque l'emprunteur est une personne morale, le surplus est reversé à la personne morale.

15. CONTRÔLE ET EXPERTISE

15.1. EXAMEN DES PIÈCES MÉDICALES ET/OU ADMINISTRATIVES

La production des justificatifs définis aux paragraphes 14 « les formalités à remplir » est indispensable mais nullement suffisante pour obtenir le paiement des prestations. En effet, au terme de l'examen de l'ensemble des pièces médicales et/ou administratives fournies, l'Assureur détermine si Vous êtes en état de PTIA, d'ITT, d'IPT, d'IPP, d'IA et si Vous pouvez bénéficier des extensions de couverture DORSO-PSY, TPT au sens du Contrat et peut :

- accepter la prise en charge ;
- refuser la prise en charge ;
- arrêter la prise en charge ;
- 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 et à ses frais. Vous pouvez Vous faire assister du médecin de votre choix, à vos frais.

Les conclusions de la visite médicale peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'Assureur. Si Vous contestez cette décision, une procédure de conciliation peut être demandée selon les modalités prévues à l'article 15.2.

Si Vous refusez de Vous soumettre à la visite médicale ou si Vous ne pouvez être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la prise en charge est suspendue et reprendra le cas échéant à compter de la date de la visite médicale. Dans ce cas, cette période de suspension ne pourra faire l'objet d'aucune indemnisation quelles que soient les conclusions de la visite médicale.

15.2. CONCILIATION ET TIERCE EXPERTISE

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet, à votre demande, d'une procédure de conciliation.

Votre demande, formulée par écrit et adressée au Prêteur, doit indiquer que Vous sollicitez la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin que Vous désignerez pour Vous représenter. Cette lettre, destinée à PREDICA, doit lui parvenir dans un délai de 90 jours suivant le contrôle médical pour permettre la mise en place de cette procédure. Le certificat doit détailler votre état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par PREDICA et indiquer son évolution depuis cette date. Votre demande doit en outre, mentionner que Vous acceptez les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

La procédure de conciliation sera initiée dans les 12 mois qui suivent la date de la visite médicale.

Le médecin que l'Assuré aura désigné et le médecin contrôleur de l'Assureur, rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'Assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord. Si celui-ci n'est pas obtenu, l'Assureur invitera alors son médecin contrôleur et le médecin désigné par l'Assuré à désigner un médecin tiers expert. Les conclusions de cet expert s'imposeront aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, l'Assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

INFORMATIONS LEGALES

16. QUE FAIRE EN CAS DE DÉSACCORD SUR L'APPLICATION DU CONTRAT ?

Pour toute réclamation relative au processus d'adhésion ou pour toute demande de précision ou réclamation quant à l'application du présent Contrat, Vous pouvez Vous adresser à Crédit Agricole Assurances - Emprunteur - Adhésions CRCA - TSA 92018 - 59569 La Madeleine Cedex.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura épuisé les voies de recours amiable auprès de ce dernier, l'Assuré ou ses ayants droit peuvent saisir la Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Pour les adhésions conclues en ligne, la réclamation peut être effectuée au moyen de la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) accessible via l'adresse : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

17. INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES RELATIVES À LA VENTE À DISTANCE

Le Contrat est assuré par :

- PREDICA, pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Temps Partiel Thérapeutique (TPT), Affections dorsales et psychiatriques sans condition d'hospitalisation (DORSO-PSY).
- PACIFICA, pour la garantie Perte d'emploi.

Ces entreprises sont régies par le Code des assurances. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, rue de Budapest 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle des Assureurs.

Le montant minimum de la prime est indiqué dans le contrat ou l'offre de prêt, ou dans le courrier adressé par le Prêteur si l'Assurance est souscrite en cours de prêt.

La durée de l'adhésion est fixée à l'article 10 « La date d'effet et la durée de votre contrat ». Les garanties proposées à l'adhésion sont définies aux articles 5.1 à 5.7 « Vos garanties et extensions de couverture complémentaires ».

Les exclusions des garanties sont mentionnées à l'article 7 « Quels sont les risques exclus de votre contrat ? ».

L'offre contractuelle définie dans les présentes notices d'information est valable pendant toute la durée de validité de l'offre de prêt.

Les dates de conclusion de l'adhésion et de prise d'effet des garanties sont définies aux articles 10.1 « Date de conclusion de l'adhésion » et 10.2 « Prise d'effet des garanties ».

L'adhésion aux contrats d'assurance s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 2 « Comment adhérer ? ». Les modalités de paiement des primes sont indiquées à l'article 12 « Calcul et paiement des primes ». Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Emprunteur. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Assureur et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Emprunteur et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 10.3 « Faculté de renonciation ». En contrepartie de la prise d'effet immédiate des garanties à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de signature du contrat de prêt ou la date d'acceptation de l'offre de prêt, l'Emprunteur doit acquitter un premier versement de prime au moins égal au versement initial minimum.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur et l'Emprunteur sont régies par le droit français. L'Assureur utilisera la langue française pendant la durée de l'adhésion.

Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 16 « Que faire en cas de désaccord sur l'application du Contrat ? ».

Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 –

18. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel Vous concernant, collectées dans le cadre de l'adhésion au présent Contrat et au cours de son exécution, sont traitées par PREDICA et PACIFICA, responsables de traitement.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes :

- instruction de votre demande d'adhésion, passation, exécution et gestion de votre contrat d'assurance, réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre la fraude. Le traitement de ces données est obligatoire pour l'accomplissement des finalités ci-dessus.
- la réalisation d'actions de prospection et de gestion commerciale des clients et prospects, la connaissance du client, la réalisation d'enquêtes de satisfaction, l'élaboration de statistiques et études actuarielles.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, Vous êtes informé que vos données à caractère personnel seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

- **Dans le cadre de l'instruction de votre demande d'adhésion, de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat**, les données sont conservées pour une durée correspondant aux délais de prescription mentionnés à l'article 19 de la présente Notice d'information, et de manière générale dans le respect des délais de prescription qui résultent, notamment du Code des assurances et du Code civil et dans le respect des délais relatifs aux obligations légales, réglementaires et administratives de PREDICA et PACIFICA (notamment comptables et fiscales), soit :
 - Pour les données liées à l'adhésion, la passation, l'exécution et la gestion du contrat (sauf pour les données contenues dans la demande d'adhésion, la proposition d'assurance ou les avenants) : 2 ans à compter de l'expiration ou de la résiliation du contrat ;
 - Demande d'adhésion, proposition d'assurance, avenants au contrat d'assurance : 10 ans à compter de l'expiration ou de la résiliation du contrat ;
 - Pour les données liées à la gestion des sinistres (sauf pièces comptables) : 2 ans à compter de la clôture du sinistre ;
 - Pièces comptables ou fiscales liées aux paiements réalisés dans le cadre d'un sinistre : 10 ans à compter de l'expiration ou de la résiliation du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat ou dans le cadre de la prospection commerciale, les données peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter de leur collecte ;

Vos données de santé sont conservées dans les mêmes délais que ceux nécessaires à l'adhésion du contrat et à la vie du contrat et dans le respect des règles de confidentialité propres à ces données.

- **Dans le cadre de la Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme** : 5 ans à compter du moment où le responsable de traitement a eu connaissance de l'opération ;
- **Dans le cadre des obligations de connaissance client, notamment en respect de la réglementation sur les sanctions internationales** : 5 ans à compter de l'expiration ou de la résiliation du contrat ;
- **Dans le cadre de lutte contre la fraude** : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite ;
- **Dans le cadre de la prospection commerciale et en l'absence de conclusion d'un contrat** : les données prospects peuvent être conservées pendant un délai de 3 ans à compter du dernier contact resté infructueux.

Les destinataires de ces données sont : l'intermédiaire d'assurance auprès duquel l'adhésion a été réalisée et le cas échéant, les co-assureurs et ré-assureurs, autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi qu'à une ou plusieurs sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées à nos sous-traitants, dont la liste pourra Vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux autres entités assurances du Groupe dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client, et afin de Vous proposer des produits d'assurance adaptés à vos besoins. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment Vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

PREDICA peut également communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant pour le compte exclusif de PREDICA et des sociétés d'assurance du Groupe, à des fins statistiques, sachant que Vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact.

En application de la Réglementation en vigueur, Vous disposez, sur vos données à caractère personnel, des droits :

- d'**accès** ;

- de **rectification** ;

- à l'**effacement** - l'**oubli** : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que Vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si Vous vous opposez au traitement. Toutefois, Vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;

- de **limitation** : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque Vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;

- d'**opposition au traitement de vos données, notamment à des fins de prospection commerciale**, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un traitement obligatoire, indispensable à l'exécution du contrat ;

- d'un **droit à la portabilité** qui Vous permet de demander le transfert des données à caractères personnelles que Vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers Vous, soit vers un responsable de traitement que Vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peuvent être exercés par courriel à l'adresse donneespersonnelles-PREDICA-ADE@ca-assurances.fr, ou par courrier simple à : PREDICA – Délégué à la Protection des Données – Droit d'accès – 75724 Paris cedex 15.

Après épuisement des procédures internes de réclamation détaillées à l'article 16, et en cas de désaccord persistant, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

Vous disposez également du droit de Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

19. PRESCRIPTION

Conformément aux articles L.114-1 et suivants du Code des Assurances, toutes actions dérivant des présents contrats 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 30 ans à compter du décès de l'Assuré. 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. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 et suivants du Code civil) sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ; l'interpellation visée à l'article 2245 du Code civil.

20. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

L'autorité de contrôle prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest- CS 92459, 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de PREDICA et PACIFICA.

21. SANCTIONS INTERNATIONALES

PREDICA et PACIFICA, en tant que filiales du Groupe Crédit Agricole, respectent toutes les règles relatives aux Sanctions Internationales, qui sont définies comme les lois, réglementations, règles ou mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment toutes sanctions ou toutes mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations-Unies, l'Union Européenne, la France, les Etats-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Etrangers rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'Etat), ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.

En conséquence, aucune prestation ne pourra être payée en exécution du Contrat si ce paiement contrevient aux dispositions sus-indiquées.