

NOTICE D'INFORMATION

des contrats d'assurances n° 90.197 et n° 98.001 souscrits par la Société Générale ci-après dénommée « le Prêteur », auprès de SOGECAP pour les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité, Incapacité, et auprès de SOGESSUR pour la garantie Perte d'Emploi.

SOGECAP et SOGESSUR sont dénommés génériquement « l'Assureur » dans la présente notice d'information.

Les contrats n° 90.197 et n° 98.001 sont présentés par la Société Générale (immatriculation à l'ORIAS sous le n° 07 022 493) en sa qualité d'intermédiaire en assurance.

1. DEFINITIONS CLES

Adhérent, Candidat à l'assurance : personne physique ou morale contractant un prêt immobilier et ayant signé la demande d'adhésion à l'assurance. L'Adhérent est payeur des cotisations.

Accident : atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ajournement : décision de l'Assureur notifiant une période pendant laquelle un Candidat à l'assurance ne peut prétendre aux garanties demandées. L'Assureur peut réétudier le dossier ultérieurement.

Assuré : personne physique désignée sur la demande d'adhésion et sur laquelle reposent les garanties d'assurance. Lorsque l'Adhérent est une personne physique, il est aussi l'Assuré.

Consolidation : état d'Invalidité ou d'Incapacité non susceptible d'amélioration (notion utilisée pour l'appréciation des sinistres).

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) : dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé (www.aeras.com).

Franchise : nombre de jours consécutifs d'arrêt de travail total au-delà duquel l'Assureur est susceptible de verser les prestations.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : état médicalement constaté d'inaptitude permanente totale de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : état médicalement constaté d'inaptitude permanente partielle de l'Assuré à exercer son activité lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Incapacité Temporaire Partielle de Travail (ITP) : état médicalement constaté d'inaptitude temporaire partielle de l'Assuré à exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) : état médicalement constaté d'inaptitude temporaire et totale de l'Assuré à exercer son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une Maladie ou d'un Accident.

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

Perte d'Emploi (PE) : situation du salarié en contrat de travail à durée indéterminée ayant subi un licenciement et bénéficiant en conséquence des revenus de remplacement prévus aux articles L.5421-1 à L.5427-10 du Code du travail.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : est considéré en état de PTIA, tout assuré reconnu par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie nécessitant l'assistance d'une tierce personne ou pour les non-assujettis au régime général, reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et obligé d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, se mouvoir, se déplacer).

Quotité : pourcentage appliqué au montant du Prêt et à ses échéances pour le calcul de la cotisation et des prestations.

Risques médicaux : les risques médicaux résultent de l'appréciation par l'Assureur de l'état de santé de l'Assuré sur la durée des garanties dans le seul but de déterminer ses conditions d'acceptation à l'assurance.

Risques spéciaux : les risques spéciaux concernent les personnes qui exercent des professions dangereuses ou qui résident dans un pays à risque ou qui effectuent des déplacements professionnels dans un pays à risque ou qui pratiquent des sports dangereux.

Surprime : majoration de la cotisation d'assurance pour risques médicaux ou spéciaux.

2. OBJET DES CONTRATS

Les contrats d'assurance ont pour objet de garantir toute personne physique, qu'elle soit emprunteur, co-emprunteur ou caution contre les risques liés :

- au Décès, à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), à l'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), à l'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou Partielle de Travail (ITP), survenant à la suite d'une Maladie ou d'un Accident ;
- à la Perte d'Emploi (PE) ;

et survenant avant le terme d'un prêt à l'habitat ou assimilé consenti à titre non professionnel par le Prêteur.

L'adhésion à l'assurance propose deux formules de garanties :

- **Formule 1** : Décès, PTIA, IPT, IPP, ITT, ITP et PE ;
- **Formule 2** : Décès, PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP.

La garantie PE ne s'applique pas en couverture des prêts à taux zéro amortissables avec différé d'amortissement, des crédits relais et des prêts in fine.

3. CREDITS GARANTIS

Les crédits doivent être souscrits auprès de la Société Générale, libellés en euros, rédigés en français, et d'une durée maximum de 30 ans comprenant la période de différé, les reports d'échéances et les aménagements possibles.

Les crédits concernés par la présente assurance, ci-après dénommés Prêts, sont :

- les prêts amortissables à taux fixe, avec un différé partiel possible d'une durée maximale de 36 mois ;
- les prêts amortissables à taux révisable ou mixte, avec un différé partiel possible d'une durée maximale de 36 mois, sous réserve que la limite de variation entre deux échéances soit au maximum de 30 % et qu'un délai de 12 mois minimum s'écoule entre deux modifications ; les prêts in fine ou prêts relais avec un différé partiel ou total des intérêts.

4. CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION

4.1. Conditions d'adhésion

Toute personne physique, emprunteur, co-emprunteur ou caution peut bénéficier des garanties sous réserve de respecter les conditions d'âge à l'adhésion :

- pour la Formule 1, être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans ;
- pour la Formule 2, être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 65 ans.

Le Candidat à l'assurance devra pour les deux formules avoir moins de 75 ans révolus au terme du Prêt.

4.2. Formalités d'adhésion

Le Candidat à l'assurance doit, simultanément à la demande de Prêt, se soumettre à des formalités en fonction de son âge, de son état de santé, des montants empruntés déjà assurés et des montants à assurer.

Après examen de ces formalités, l'Assureur peut :

- Accorder l'assurance aux conditions normales.
- Accorder l'assurance :
 - moyennant une surprime pouvant être liée aux risques cumulatifs suivants : les risques médicaux, les risques spéciaux ;
 - en formulant une restriction de garantie ou des exclusions partielles ;
 - moyennant une surprime (risques médicaux ou spéciaux) et en formulant une restriction de garantie ou des exclusions partielles.
- Ajourner l'assurance.
- Refuser l'assurance.

Dispositif spécifique AERAS :

Dans le cadre de la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), les dossiers refusés par l'Assureur seront soumis à un dispositif dit de « 2ème niveau » permettant le réexamen individualisé du dossier. Dans le cas où ce dispositif refuserait la demande à l'assurance, le dossier sera transmis pour nouvel examen à un pool de réassureurs. Ce pool ne traite que les demandes relatives, d'une part, aux prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale dont la part assurée n'excède pas 320 000 euros, et, d'autre part, aux autres prêts immobiliers et aux prêts professionnels dont l'encours cumulé assuré auprès de SOGECAP est plafonné à 320 000 euros. Dans ces deux cas, l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans en fin de prêt. Ce pool pourra soit proposer une solution particulière au Candidat à l'Assurance, soit refuser le dossier.

La signature de l'offre de Prêt doit intervenir dans un délai de six mois suivant la date d'édition du Certificat Individuel d'Adhésion. Si cette condition n'est pas remplie, le Candidat à l'assurance doit satisfaire à nouveau aux formalités décrites ci-avant.

Dans les cas i) et ii) :

- le Candidat à l'assurance accepté par l'Assureur reçoit un Certificat Individuel d'Adhésion.
- chaque Candidat à l'assurance, dont la demande d'adhésion a été acceptée, acquiert la qualité d'Assuré aux conditions notifiées par l'Assureur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'Assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion. Néanmoins, et conformément aux dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatations avant sinistre, soit à une prise en charge partielle de prestations.

5. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'Assureur et du paiement des cotisations, les garanties prennent effet :

- à l'expiration du délai légal de rétractation dont disposent l'emprunteur, les co-emprunteurs ou la (les) caution(s), pour les prêts immobiliers relevant des articles L. 311-1 et suivants du Code de la consommation ;
- à la dernière en date des acceptations de l'offre de Prêt par l'emprunteur ou les co-emprunteurs ou la (les) caution(s) pour les prêts immobiliers relevant des articles L. 312-2 et suivants du Code de la consommation.

Cas particulier :

Pendant la période d'accomplissement des formalités d'adhésion, le candidat à l'assurance est couvert en cas de décès consécutif à un accident et ce, entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date de prise d'effet des garanties, dans la limite de 60 jours à compter de la date de la demande d'adhésion et pour un montant égal au capital assuré dans la limite de 1 700 000 euros.

Attention : Toute modification de l'état de santé de l'Assuré qui surviendrait entre la date de demande d'adhésion et celle de la prise d'effet des garanties, doit être signalée par l'Adhérent par courrier sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

6. LIMITATION DES GARANTIES

Quelle que soit la formule choisie, l'ensemble des garanties est accordé jusqu'à un cumul de capital assuré par personne de 1 700 000 euros. Au-delà de ce montant, seules les garanties Décès et PTIA sont accordées.

7. BENEFICIAIRE DES GARANTIES

Le bénéficiaire des garanties est le Prêteur.

Cas particuliers, si le Prêt n'a pas été décaissé avant la survenance du sinistre :

- en cas de Décès, le capital limité à la quotité est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la demande d'adhésion ou dans le formulaire spécifique complété par l'Assuré lors de l'adhésion ;
- en cas de PTIA, le capital limité à la quotité est versé à l'Assuré ;
- en cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP ou de PE, la somme des cotisations perçues par l'Assureur entre la date d'adhésion et la date du sinistre est versée à l'Assuré.

Cas particuliers, si le Prêt comporte un déblocage échelonné :

- Pour la partie non débloquée,
- en cas de Décès, le capital restant dû limité à la quotité est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la demande d'adhésion ou dans le formulaire spécifique complété par l'Assuré lors de l'adhésion ;

- en cas de PTIA, le capital restant dû limité à la quotité est versé à l'Assuré ;
- en cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP ou de PE, la somme des cotisations perçues par l'Assureur entre la date d'adhésion et la date du sinistre est versée à l'Assuré.

Pour la partie débloquée, les prestations sont versées au Prêteur.

8. COTISATIONS D'ASSURANCE

Les cotisations annuelles sont fonction de la formule choisie, de l'âge de l'Assuré à l'adhésion, du Prêt et de la durée de différé. Elles sont fixées en pourcentage du capital assuré.

Le non paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'assurance, dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances.

Pour la Formule 1 : les cotisations annuelles restent constantes jusqu'à la date de cessation de la garantie PE, les cotisations annuelles payées par l'Assuré seront alors celles de la Formule 2 (déterminées à la date d'adhésion).

Pour la Formule 2 : les cotisations annuelles restent constantes pendant toute la durée du Prêt, même s'il y a cessation d'une des garanties.

Le versement des prestations en cas d'ITT, d'ITP, d'IPT, d'IPP ou de PE n'interrompt pas le prélèvement des cotisations.

L'Assureur se réserve la possibilité de réviser uniquement le montant de la cotisation Perte d'Emploi en fonction des résultats du contrat, ou en fonction des statistiques nationales du chômage et des prévisions d'évolution de ces statistiques. Les cotisations révisées s'appliquent à l'ensemble des assurés au 1er janvier qui suit la date anniversaire de l'adhésion. La révision de la cotisation est notifiée au moins trois mois avant sa date d'application. L'Assuré peut alors décider de résilier sa garantie PE.

Faculté de résiliation de la garantie PE :

L'Assuré peut demander la résiliation de la garantie PE à tout moment par lettre recommandée adressée à l'Assureur. La résiliation se fait à la fin du trimestre en cours si la demande de résiliation est réceptionnée dans les deux premiers mois du trimestre en cours. Si la demande de résiliation est réceptionnée dans le dernier mois du trimestre en cours, la résiliation se fait à la fin du trimestre suivant. Toute résiliation est définitive pour toute la durée du Prêt et met un terme au prélèvement des cotisations correspondantes. L'Assuré ne pourra plus adhérer à la garantie PE, pendant toute la durée du Prêt.

9. PRESTATIONS

Les prestations sont affectées de la quotité indiquée dans la demande d'adhésion.

9.1. En cas de Décès ou de PTIA

En cas de Décès ou de PTIA, l'Assureur prend en charge et verse au bénéficiaire, le Capital restant dû limité à la quotité, au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA par l'Assureur.

Cas particulier :

Dans le cas d'un prêt avec différé total de paiement des intérêts, les intérêts dus, reportés et capitalisés au jour du Décès ou de la PTIA, sont pris en charge par l'Assureur.

La mensualité échue le jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

9.2. En cas d'ITT, d'ITP, d'IPT ou d'IPP

Les prestations sont calculées sur la base des échéances de Prêt dues limitées à la quotité pendant la période d'indemnisation. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont découpées en mensualités égales.

En cas d'ITT, après un délai de franchise de 90 jours d'arrêt total et continu l'Assureur prend en charge le montant des mensualités limitées à la quotité et venant à échéance.

En cas d'ITP (reprise à mi-temps thérapeutique), après un délai de franchise de 90 jours d'arrêt total et continu l'Assureur prend en charge 50% du montant des mensualités limitées à la quotité et venant à échéance.

Cas des rechutes :

En cas de rechute en ITT ou en ITP due à la même affection survenant moins de deux mois après la date de fin d'ITT ou d'ITP, l'Assureur rembourse les mensualités venant à échéance à compter du premier jour de l'ITT ou de l'ITP constituant la rechute.

Si la rechute intervient après un délai de plus de deux mois ou si elle est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale ou Partielle et donne lieu à une nouvelle application de franchise de 90 jours avant prise en charge des mensualités.

La persistance de cette inaptitude pourra donner lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles. Dans ce cas l'Incapacité est réputée consolidée en Invalidité.

En cas d'IPT ou d'IPP, appréciée par un médecin expert désigné par l'Assureur et dont le taux est déterminé à l'aide du tableau ci-après :

- si le taux est inférieur à 33%, l'assurance n'intervient pas,
- Si le taux est compris entre 33% et moins de 66%, l'Assureur verse la prestation définie en cas d'ITT, réduite proportionnellement du taux d'invalidité contractuel dans le rapport N/66 (N étant le taux d'invalidité) dans la limite de la quotité assurée, et ce pendant la durée totale justifiée de l'IPP,
- si le taux est égal ou supérieur à 66%, l'Assureur verse au Prêteur l'intégralité des mensualités venant à échéance dans la limite de la quotité assurée et ce pendant la durée totale justifiée de l'IPT.

Taux d'incapacité professionnelle (*)	Taux d'incapacité fonctionnelle (*)								
	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20%			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30%		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40%	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50%	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60%	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70%	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80%	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90%	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100%	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100%

(*) Le taux d'incapacité professionnelle sera estimé en tenant compte de la profession exercée par l'Assuré à la date de survenance du sinistre.

Remarque :

Il est précisé que les pièces émanant de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état de PTIA, d'IPT ou d'IPP.

La date de reconnaissance et le départ de l'invalidité sont déterminés par le médecin expert nommé par l'Assureur.

Dans tous les cas, les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme similaire ne s'imposent pas à l'Assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.

Les personnes sans activité professionnelle à la date d'adhésion bénéficieront des prestations ITT, ITP, IPT, et IPP si à la date du sinistre en cas d'ITT, d'ITP, d'IPT ou d'IPP, elles ont repris une activité professionnelle ou si elles sont prises en charge par le Pôle Emploi jusqu'au premier jour d'Incapacité/Invalidité et si elles perçoivent dans les deux cas des indemnités journalières ou une rente d'Invalidité du Régime de la Sécurité sociale.

Cas particuliers des Prêts avec différé d'amortissement :

Pendant la période de différé, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge. Lorsqu'un Assuré est en cours d'indemnisation :

- la transformation en prêt amortissable ne modifie pas le montant de l'indemnisation versée ;
- le remboursement du capital au terme d'un Prêt avec différé d'amortissement total (Prêt in fine) n'est pas pris en charge.

Cas particuliers des Prêts à taux révisable ou mixte :

Les augmentations du montant des mensualités acceptées par le Prêteur pour ce type de prêt ne seront prises en compte par l'Assureur que si l'augmentation est intervenue au moins 3 mois avant la date de survenance du sinistre.

Les augmentations des mensualités pendant une période d'arrêt de travail ne seront pas indemnisées.

9.3. En cas de Perte d'Emploi

9.3.1. Acquisition de droits

Les droits de l'Adhérent sont calculés en fonction de sa durée d'activité en contrats de travail à durée indéterminée au cours de la période de référence.

9.3.2. Période de référence

Le début de la période de référence est :

- date de prise d'effet des garanties si le Prêt n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'Assureur au titre de la garantie Perte d'Emploi ;
- au lendemain du dernier jour indemnisé par l'Assureur, dans le cas contraire.

La fin de la période de référence est la date de fin de contrat de travail à durée indéterminée rompu par un licenciement.

9.3.3. Droits à indemnisation

L'Adhérent peut bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, il justifie d'une durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée d'au moins 6 mois continus chez un ou plusieurs employeurs. Sa durée maximale d'indemnisation est calculée comme suit :

Durée d'activité en contrat de travail à durée indéterminée au cours de la période de référence	Durée maximale d'indemnisation
Moins de 6 mois.....	pas de droits
de 6 mois à moins de 12 mois	180 jours
de 12 mois à moins de 24 mois	360 jours
24 mois et plus	540 jours

9.3.4. Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle Perte d'Emploi

Si, après une période d'indemnisation au titre de la garantie Perte d'Emploi suivie d'une nouvelle période d'activité, l'Assuré perd à nouveau son emploi, il peut être indemnisé si sa situation correspond à l'un des cas suivants :

Premier cas : si la nouvelle période d'activité professionnelle a été d'une durée inférieure à 6 mois ou si l'Assuré était salarié en Contrat à Durée Déterminée, en période d'essai ou en intérim, ou s'il est au chômage technique, l'Assuré peut bénéficier du reliquat des droits acquis au moment du licenciement ayant donné lieu à l'indemnisation précédente et non utilisés.

Deuxième cas : si l'Assuré a été licencié après une nouvelle période d'activité professionnelle d'une durée d'au moins 6 mois continus en Contrat de Travail à Durée Indéterminée, il peut bénéficier du nombre d'indemnités journalières le plus favorable entre :

- le reliquat des droits acquis au moment du licenciement ayant donné lieu à l'indemnisation précédente et non utilisés,
- la nouvelle durée maximale d'indemnisation calculée suivant la durée de la nouvelle période d'activité.

Si la nouvelle durée maximale d'indemnisation est supérieure au reliquat, c'est cette indemnisation, au titre de la nouvelle période d'activité qui est versée, et le reliquat est annulé.

9.3.5. Versements des prestations

Les prestations sont dues à compter du premier jour indemnisé au titre du revenu de remplacement.

L'Assureur verse la prestation mensuellement au prorata du nombre de jours indemnisés par le Pôle Emploi ou organismes assimilés.

9.3.6. Montant des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des échéances dues pendant la période d'indemnisation. Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales.

L'Assureur verse 50 % du montant des échéances dans la limite de 60 euros par jour tous Prêts garantis confondus.

Ne sont pas prises en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'Assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de son licenciement et pendant la période de perte d'emploi ;
- les échéances sur lesquelles il y a eu un retard de paiement, les pénalités ou intérêts.

10. CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

10.1. Cessation des garanties

L'ensemble des garanties cesse :

- à la date d'expiration des engagements de l'Assuré, tels que définis dans l'acte de Prêt et ses avenants éventuels ;
- à la date à laquelle le Prêt a fait l'objet d'un remboursement anticipé total quelle qu'en soit la cause ;
- à la date de résiliation du contrat de Prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du Prêt ;
- en cas d'exigibilité du Prêt avant le terme prévu ;
- à la date de mise en place d'un plan conventionnel ou de mesures recommandées dans le cadre d'une procédure de traitement du surendettement des particuliers et ne prévoyant pas le maintien du paiement de la cotisation d'assurance ;

- en cas de non-paiement des cotisations, à la date d'exigibilité des cotisations impayées ;
- au jour du règlement par l'Assureur du Capital restant dû en cas de Décès ou de PTIA ;
- au 31/12 qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Les garanties PTIA, IPT, IPP, ITT, ITP et PE cessent :

- au 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- à la date de départ ou de mise en préretraite ou en retraite, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors d'une mise en place d'un dispositif d'emploi retraite.

En outre, la garantie PE cesse :

- en cas de résiliation de l'adhésion ;
- à la date de survenance d'une inaptitude au travail.

En cas de résiliation des contrats entre l'Assureur et le Prêteur, les garanties sont maintenues aux assurés dans les conditions de cette Notice d'Information. Les cotisations continuent d'être dues.

10.2. Cessation des prestations

En complément des cessations de garanties,

Pour les garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP, les prestations cessent :

- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf opposition justifiée) ;
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail ;
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale sauf pour raison administrative justifiée.

Pour les garanties IPT, IPP, ITT et ITP, les prestations cessent :

- dès que l'Assuré retrouve une activité rémunérée à temps complet ou partiel (hors mi-temps thérapeutique) ;
- en cas de non renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail ;
- en cas d'interruption du versement des prestations en espèce par la Sécurité sociale, sauf pour raison administrative justifiée.

La dernière échéance prise en charge pour l'IPT, l'IPP, l'ITT, l'ITP est selon le cas :

- celle qui précède immédiatement la date de prise d'effet de la retraite ;
- au plus tard celle qui précède immédiatement le 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Pour la garantie PE, les prestations cessent :

- à la date de reprise d'une activité rémunératrice, à temps complet, salariée ou non de l'Assuré ;
- à la date de cessation du versement du revenu de remplacement ;
- lorsque l'Assuré a épuisé ses droits à indemnisation.

La dernière échéance prise en charge pour la PE est selon le cas :

- celle qui précède immédiatement la date de prise d'effet de la retraite ;
- au plus tard celle qui précède immédiatement le 31/12 qui suit le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

11. EXCLUSIONS

Certaines des exclusions ci-dessous liées à l'activité professionnelle ou sportive peuvent être supprimées après examen par l'Assureur sur demande du Candidat à l'assurance et avec paiement de cotisations supplémentaires spécifiques.

11.1. Risques exclus en cas de Décès

- le suicide : l'assurance en cas de Décès est de nul effet si l'Assuré se donne volontairement la mort au cours de la première année de son adhésion ;

Toutefois, le risque de suicide est garanti dès l'adhésion dans la limite de 120 000 euros lorsque le contrat d'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré.

- le risque aérien : le risque de Décès survenu à l'occasion de navigation aérienne n'est couvert que si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote titulaire d'un brevet et d'une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;

Toutefois, lorsque l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière, l'Assureur prend en charge l'éventuel sinistre.

- les accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait une alcoolémie supérieure au maximum fixé par la législation, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale.

11.2. Risques exclus en cas de PTIA, IPT, IPP, ITP et ITT

En complément des exclusions prévues en cas de Décès, sont également exclus, en cas de PTIA, IPT, IPP, ITP et ITT les accidents ou maladies :

- occasionnés volontairement par l'Assuré, résultant de mutilation volontaire ou tentative de suicide ;
- dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion ;

Toutefois, ne sont pas concernées les pathologies cancéreuses bénéficiant du droit à l'oubli.

- consécutifs à la participation de l'Assuré aux compétitions sportives suivantes et à l'entraînement s'y rapportant : motocyclistes, automobiles, polo boxe et full contact ;
- consécutifs à l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome ;
- consécutifs à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement, mesurée au sol 24 heures après l'émission, dépasse un röntgen par heure ;
- occasionnés par un acte de guerre civile ou étrangère, un attentat, un acte de terrorisme ou de sabotage, une émeute ou un mouvement populaire, lorsque l'Assuré prend une part active à l'un de ces événements.

Toutefois, l'accomplissement du devoir professionnel, la légitime défense, ou l'assistance à personne en danger sont garantis.

Sont également exclus les accidents ou maladies ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- de troubles anxieux, d'une dépression qu'elle soit endogène ou réactionnelle, de l'épuisement, de manifestations secondaires liées à l'abus d'alcool, d'usage de drogues ou de médicaments non prescrits médicalement, de complications psychiatriques de maladies somatiques, du syndrome de fatigue chronique, de troubles du comportement, de la fibromyalgie, de manifestations liées ou imputables au stress ou toute autre maladie psychiatrique et de leur traitement et complications éventuelles ;

Toutefois, sont garanties les affections:

- nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique pour une durée minimale de 5 jours continus pendant la période d'ITT ou d'ITP, d'IPT ou d'IPP,
- nécessitant que l'Assuré soit mis par jugement sous tutelle ou curatelle.

La prise en charge de l'Assureur se fera après application de la franchise et à partir de l'échéance qui suit la date de début d'hospitalisation.

- de toute affection disco-vertébrale concernant le rachis (cervical, dorsal, lombaire ou sacré), leurs suites et conséquences, les lombagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales ;

Toutefois, ces affections sont garanties quand elles nécessitent une hospitalisation pour une durée minimale de 5 jours continus ou une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité.

La prise en charge de l'Assureur se fera après application de la franchise et à partir de l'échéance qui suit la date de début d'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale.

- de tout traitement esthétique et/ou intervention chirurgicale esthétique.

Toutefois, la chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au titre de la présente assurance est garantie.

Ne sont pas considérées comme une période d'incapacité, la période de grossesse couverte ou non par le congé légal de maternité tel que prévu par le Code du travail.

11.3. Exclusions au titre de la garantie PE

Dans tous les cas :

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail, ainsi que lors d'une mise en place d'un dispositif d'emploi retraite ;
- la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée, telle que prévue par le Code du travail ; la démission, même prise en charge par le Pôle Emploi ou un organisme assimilé ;
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi ;
- le licenciement pour faute grave ou lourde.

N'est pas pris en charge le licenciement si l'Assuré est salarié :

- de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants ;
- d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants.

Toutefois ce licenciement est garanti s'il est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise.

Pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation :

- **le chômage saisonnier, partiel, technique suite à intempérie sans rupture de votre contrat de travail ;**
- **la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin de chantier et la fin d'intérim ;**
- **les ruptures de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.**

12. INVALIDITE SPECIFIQUE

12.1. Définition de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS)

Cette Garantie Invalidité Spécifique est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

L'Assuré est en état d'Invalidité Spécifique lorsque les quatre conditions suivantes sont cumulativement remplies.

- L'invalidité doit être consécutive à une maladie ou à un accident qui a entraîné l'interruption totale de son activité professionnelle.
- L'état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est plus envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
- 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 au paragraphe ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique.

- L'Assuré justifie d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéfice des attestations de versement de son régime de protection sociale.

12.2. Conditions d'attribution

Après examen des formalités d'adhésion et si la garantie invalidité est refusée pour raisons médicales, l'Assureur étudie systématiquement la possibilité d'accorder l'assurance avec la Garantie Invalidité Spécifique (GIS) en lieu et place de cette garantie.

L'Assureur envoie une proposition d'assurance énonçant ses conditions d'acceptation définitive que le Candidat à l'assurance doit renvoyer à l'Assureur signée.

12.3. Pièces à fournir

Il revient à l'Assuré de fournir à l'Assureur, 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 les éléments suivants :

- une déclaration de l'Assuré établie sur modèle de l'Assureur ;
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le Médecin traitant de l'Assuré ;

- pour les salariés : une copie de la notification par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L 341-4 du code de la Sécurité sociale ;
- pour les fonctionnaires et assimilés :
 - une copie de l'avis du Comité Médical ou de la Commission de Réforme ;
 - une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension ;
- pour les non salariés : une copie d'un titre de pension pour invalidité.

En tout état de cause, les pièces justificatives émanant de la Sécurité sociale, d'organismes similaires ou de la CDAPH n'engagent pas l'Assureur et ne sauraient justifier à elles seules la mise en jeu de la Garantie Invalidité Spécifique (GIS).

12.4. Prestations

Dès réception des pièces à fournir, un médecin expert désigné par l'Assureur apprécie l'état d'Invalidité Spécifique de l'Assuré. En cas de reconnaissance de l'Invalidité Spécifique, l'Assureur procède au versement des prestations.

La prestation au titre de la Garantie Invalidité Spécifique, ses modalités de calcul et de versement, ses conditions de cessation ainsi que **ses conditions d'exclusion - à l'exception des accidents et maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature de la demande d'adhésion qui ne sont pas exclus** - sont identiques à celles définies pour les garanties Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale (ITT) et Partielle de travail (ITP), à l'exception de la date de début de prise en charge qui correspond à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'Invalidité Spécifique.

13. DELAI DE DECLARATION DE SINISTRE ET PIECES A FOURNIR

13.1. Délai de déclaration de sinistre

En cas de Décès :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à l'agence Société Générale gérant le Prêt dans les meilleurs délais.

En cas d'ITT ou d'IPT ou d'IPP ou d'ITP ou de PTIA :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à l'agence Société Générale gérant le Prêt dans **un délai maximum de 180 jours à compter de la date de survenance. Le début de ce délai est fixé au jour de la survenance de l'accident ou, en cas de maladie, au jour de la première constatation par le médecin traitant de l'Assuré.**

En cas de PE :

Les sinistres doivent être déclarés par écrit à CBP Solutions CS20008 – 44967 NANTES Cedex 9, dans les 180 jours qui suivent le premier jour de versement des allocations du Pôle Emploi ou organismes assimilés.

13.2. Déclaration tardive

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prend en charge le sinistre à compter de la date de déclaration sans faire application de la franchise pour les garanties incapacité de travail (ITT/ ITP), dans la mesure où les délais de prescription légaux (articles L 114-1 et L114-2 du Code des assurances) n'ont pas été atteints.

Il n'y aura aucune prestation si la déclaration est faite après la date de reprise effective de travail ou postérieurement à la fin du Prêt.

13.3. Pièces à fournir

Les différentes pièces demandées ci-dessous doivent être adressées dans les meilleurs délais sous pli confidentiel au Médecin Conseil de Sogécap 42, boulevard Alexandre Martin 45057 ORLÉANS cedex 01.

Il convient de communiquer toute information ou autre pièce justificative qui pourrait être réclamée par l'Assureur pour l'instruction du dossier.

A défaut de transmettre au Médecin Conseil de la compagnie les informations et documents demandés, la garantie ne pourra être exécutée par l'Assureur.

En cas de Décès :

Les ayants droit retirent auprès du Prêteur le guide de demande de prise en charge.

Doivent être adressés dans les meilleurs délais :

- un extrait de l'acte de Décès ;
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le médecin traitant de l'Assuré ;
- en cas de Décès accidentel, le procès verbal de gendarmerie ou de police ou le numéro de ce procès verbal de gendarmerie et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il a été déposé.

Le Décès est couvert dans le monde entier sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat de décès émanant de la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Cette démarche ne concerne pas les décès survenus en France (France métropolitaine, Corse), Nouvelle-Calédonie, DROM-COM-POM et Monaco.

En cas d'IPT, d'IPP, d'ITT, d'ITP, ou de PTIA :

Au début de l'IPT, de l'IPP, de l'ITT, de l'ITP ou de la PTIA

Doivent être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré établie sur modèle de l'Assureur ;
- un certificat médical établi sur modèle de l'Assureur et dûment rempli par le Médecin traitant de l'Assuré ;
- les volets ou attestations de prestations de la Sécurité sociale si l'Assuré est assuré social ;
- la notification de pension d'invalidité délivrée par la Sécurité Sociale ou par un organisme assimilé.

En cours d'ITT, d'ITP, d'IPT ou d'IPP

Doivent être envoyés, au fur et à mesure de leur délivrance, à l'expiration des précédents :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'ITT ou de l'ITP ou de la rechute en ITT ou en ITP ;
- les volets de la Sécurité sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré est assuré social.

A la fin de l'ITT ou de l'ITP

Doit être adressé dans les meilleurs délais :

- un certificat médical de fin d'incapacité Temporaire Totale ou Partielle, établi par l'Assuré sur modèle l'Assureur.

Au titre des garanties PTIA, IPT, IPP, ITT et ITP, c'est la date de première constatation médicale en France qui sert comme point de départ à l'éventuelle mise en jeu de l'une de ces garanties. Toutefois, les sinistres ayant donné lieu à une hospitalisation à l'étranger dans un établissement de soins public ou privé placé sous contrôle médical pourront aussi être couverts. Il conviendra alors à l'Assuré d'apporter la preuve de son hospitalisation au moyen de documents établis par l'autorité médicale, visés par le médecin attaché à la représentation consulaire française du lieu. A défaut de preuve, la garantie en cas d'ITT ou d'ITP sera suspendue jusqu'au retour en France.

Le visa du médecin attaché à la représentation consulaire française ne sera pas exigé pour tous les séjours dans les pays de l'UE.

En cas de PE :

L'Assuré doit fournir les documents suivants :

- une copie de sa lettre de licenciement ;
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le Pôle Emploi ou organismes assimilés ou par l'Etat ;
- une attestation de son ou de ses employeurs précédents précisant :
 - la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis la date d'adhésion,
- les bordereaux de paiement des prestations par le Pôle Emploi ou organismes assimilés.

14. CONTROLE MEDICAL ET EXPERTISE

Dans tous les cas l'Assuré se réserve le droit de :

- demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier ;
- contrôler les déclarations qui lui sont faites ;
- ne pas suivre la position de la Sécurité sociale ou organisme assimilé ;
- de faire contrôler et/ou expertiser, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera ;
- de convoquer l'Assuré en France métropolitaine pour contrôler toute Invalidité ou Incapacité de travail.

Dès lors, la prise en charge des échéances sera suspendue jusqu'à obtention du rapport d'expertise médicale par le Médecin Conseil de l'Assureur. L'Assureur s'engage à communiquer sa décision dans les 5 jours ouvrés qui suivent la réception du rapport d'expertise.

Si l'Assuré conteste par écrit la décision de l'expert commis par l'Assureur, il pourra faire effectuer une contre-expertise, à ses propres frais, par le médecin de son choix et en communiquer les conclusions au Médecin Conseil de l'Assureur sous pli confidentiel.

Si un désaccord subsiste, une tierce expertise à frais communs devra intervenir.

Les 2 experts doivent désigner d'un commun accord, un 3ème médecin expert pour les départager, et à défaut d'entente, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie règle les honoraires de son médecin, ceux du 3ème médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés moitié par l'Assureur d'une part, et moitié par l'Assuré d'autre part.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur doivent avoir lieu en France métropolitaine.

15. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 et suivants du Code des assurances, toute action concernant le contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

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 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré, le délai est porté à dix ans.

Ce délai est interrompu par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'Assuré ou par l'Assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) ainsi que par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré en ce qui concerne le règlement des prestations.

16. LOI APPLICABLE — RECLAMATION — TRIBUNAUX COMPETENTS

Le contrat et son interprétation sont régis par la loi française.

Avant d'adresser toute réclamation concernant votre adhésion à Sogécap - Service Relations Clients 42, boulevard Alexandre Martin 45057 Orléans Cedex 1 ; Tél : 09.69.362.362 ; Fax : 02.38.79.54.54, contactez l'agence qui a recueilli votre adhésion. Sogécap s'engage à répondre à votre demande sous 10 jours ouvrés, sauf cas exceptionnels. Dans le cas contraire, nous accusons réception dans ces 10 jours et une réponse définitive vous sera apportée dans un délai maximal de 60 jours à compter de la réception de votre demande.

Si votre désaccord persistait après la réponse donnée par Sogécap, vous pourriez demander l'avis de la Médiation de l'Assurance, dont les coordonnées sont les suivantes : La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris Cedex 09, Fax : 00331 45 23 27 15 ;

Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org.

La « charte de la médiation » de la FFSA est disponible sur le site www.ffsa.fr.

Tout litige né de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.



SOGECAP – SA d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances 086 380 730 RCS Nanterre. Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense 2. Service Relations Clients : 42 boulevard Alexandre Martin – 45057 Orléans Cedex 1. Tél. : 09 69 362 362 (coût d'une communication locale depuis une ligne fixe Orange coût variable selon opérateur).

SOGESSUR- Société anonyme d'assurance au capital de 33 825 000 euros régie par le Code des assurances – 379 846 637, RCS Nanterre
Siège social : Tour D2 – 17 bis place des Reflets – 92919 Paris La Défense 2.

Autorité chargée du contrôle : ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout – 75436 PARIS CEDEX 09.



Société Anonyme au capital de 1 007 625 077,50 EUR - Siège social : 29 Boulevard Haussmann 75009 Paris - 552 120 222 R.C.S. Paris