

**Notice d'information du contrat d'assurance de groupe n° 4040 souscrit par APPSR - Association pour la Promotion de la Prévoyance Sante et Retraite - Association loi 1901 dont le siège est à Puteaux (92800) 8, rue des Pavillons auprès d'AXA France VIE - S.A. au capital de 487 725 073 euros 310 499 959 RCS Nanterre
siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX- Entreprise régie par le Code des assurances**

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, est souscrit par APPSR (ci-après dénommée LA CONTRACTANTE) auprès d'AXA France VIE (ci-après dénommée l'ASSUREUR), au profit de ses adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les PRÊTEURS). Ce contrat a pour objet d'assurer les emprunteurs, co-emprunteurs ou cautions contre les risques de DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle. Le contrat est régi par le code des assurances.

ARTICLE 2 - CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS DE PRÊT OUVRANT DROIT A GARANTIE

Les caractéristiques des **prêts Immobiliers** entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- **Prêts amortissables** y compris **prêts à paliers lissés**, d'un montant maximal de 1 000 000 euros, à échéances constantes ou modulables, d'une durée maximale de **30 ans**, y compris la période de **différé d'amortissement** éventuelle (de 3 ans maximum) et/ou le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité ; dans ce dernier cas, il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelle formalité médicale,
- **Prêts à taux zéro (PTZ) ou ECO-PTZ** conformément aux conditions d'octroi et de remboursement définies par le Code de la construction et de l'habitation et le Code général des impôts en vigueur à la date de signature du prêt,
- **Prêts « relais »** d'un montant maximal de 1 000 000 euros et d'une durée maximale de 3 ans ; les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.
- **Prêts « In Fine »** d'un montant maximal de 500 000 euros, avec paiement de la totalité des intérêts pendant la durée du prêt, et d'une durée maximale de 20 ans.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSION

3.1 - ADMISSIBILITÉ

Sont admissibles au présent contrat les personnes physiques, qui à la date de la signature de leur demande d'admission :

- Sont âgées de plus de 18 ans et :
 - pour la garantie **décès** :
 - de **moins de 65 ans** au titre d'un prêt in fine,
 - de **moins de 65 ans**, au titre d'un prêt amortissable ou Prêt à Taux Zéro ou ECO-PTZ ou d'un prêt relais dont le capital total à assurer est supérieur à 500 000 €,
 - de **moins de 85 ans**, au titre d'un prêt amortissable ou d'un prêt relais dont le capital total à assurer est inférieur ou égal à 500 000 €,
 - pour les garanties **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale, de moins de 65 ans**,
 - résident en France métropolitaine, dans les DROM (Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mayotte, Réunion), dans les COM antillaises (Saint-Martin, Saint-Barthélemy), dans les autres COM (Iles Wallis-et-Futuna, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon), en Suisse, à Monaco ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne, en Suisse ou à Monaco, sous réserve que le prêt soit souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France et que l'emprunteur dispose d'un compte bancaire domicilié en France,
 - constituent à l'appréciation du prêteur, et dans les mêmes conditions d'âge que ci-dessus, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale "emprunteuse" ou qui s'engagent avec cette dernière à rembourser le prêt, dans le cas où le prêteur consentirait un prêt à une société, association ou groupement quelconque,
- qui postulent à un contrat de prêt tel que défini à l'article 2 "CARACTÉRISTIQUES DES OPÉRATIONS DE PRÊT OUVRANT DROIT A GARANTIE" en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution.

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des trois formules suivantes :

- **FORMULE 1** : GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)
- **FORMULE 2** : GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), si le postulant exerce une activité professionnelle.
- **FORMULE 3** : GARANTIES DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE / INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) / PARTIELLE (IPP), si le postulant exerce une activité professionnelle.

Le choix de la FORMULE s'effectue à la date de signature de la demande d'admission.

Il est précisé que pour les prêts In Fine et les prêts relais, seule la FORMULE 1 est accordée.

CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'admission définies aux paragraphes précédents, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent aussi adhérer à la FORMULE 2 ou 3. Elles acquittent alors les cotisations prévues.

Les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur et si la preuve est apportée qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

3.2 - FORMALITÉS D'ADMISSION

Chaque postulant doit remplir et signer une demande d'admission.

Il doit également satisfaire aux formalités médicales d'admission demandées par l'Assureur.

Selon le montant du capital à assurer et de son âge à la date de la demande d'admission, le postulant devra :

- répondre au questionnaire simplifié ou détaillé de l'Assureur.
- Il peut, s'il le souhaite, adresser directement le questionnaire médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur.
- se soumettre aux examens médicaux demandés par le Médecin conseil de l'Assureur. Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales sont à la charge de l'Assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires destinées au Médecin conseil sont à envoyer à l'adresse suivante :

**Groupe MNCAP – Service Gestion
5 rue Dosne- 75116 PARIS**

L'Assureur peut :

- accepter sa demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.
- refuser sa demande.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, le postulant est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits auprès d'AXA France VIE, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondantes au cumul des sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

Convention AERAS :

Lorsque le financement est destiné à l'acquisition d'un bien immobilier dans le cadre d'un emprunt personnel ou dans le cadre d'un prêt professionnel, et selon certaines conditions de montant et de durée du prêt, le postulant peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS.

L'Assureur et le(s) prêteur(s) s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le conseiller du distributeur et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-info.fr

Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté au titre des présentes dispositions est automatiquement transférée vers un dispositif de 2^{ème} niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2^{ème} niveau, l'Assureur transmet le dossier au pool de réassurance de 3^{ème} niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

Droit à l'oubli et grille de référence :

Si l'Assuré a été atteint d'un cancer, il bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent, conformément à la note sur le droit à l'oubli jointe au bulletin d'adhésion et qu'il peut également consulter sur le site internet de la Convention « AREAS » (www.aeras-infos.fr). (Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précisions concernant les conditions d'application de ce « droit à l'oubli ».

Pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier du « droit à l'oubli », la Convention AERAS met en place une grille de référence qui a pour but de faciliter l'accès à l'assurance emprunteur pour un certain nombre de pathologies listées, conformément à la note sur la grille de référence que l'Assuré peut consulter sur le site internet de la Convention « AERAS » (www.aeras-infos.fr).

Si l'Assuré a été atteint d'une de ces pathologies, il doit la déclarer à l'Assureur lors du remplissage du questionnaire de santé. Ce dispositif lui permettra, selon les critères énoncés dans cette note, l'accès à l'assurance

- à des conditions d'acceptation sans surprime ni exclusion,
- ou bien à des conditions d'acceptation se rapprochant des conditions standard (avec une surprime plafonnée, applicable par les assureurs).

Il appartient à l'Assuré de se référer à cette note pour plus de précision concernant les conditions d'application de cette grille de référence.

ARTICLE 4 - CAPITAL ASSURE

4.1 – CAPITAL TOTAL A ASSURER

A partir des éléments figurant sur la demande d'admission, il est défini un **CAPITAL TOTAL À ASSURER** permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR",
- majorés des capitaux restant dus déjà assurés à la date de la demande d'admission au titre du présent contrat et/ou au sein d'autres contrats souscrits auprès d'AXA France VIE, déclarés par le postulant sur la demande d'admission.

4.2 - ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'Assureur, pour un même Assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat et au sein d'autres contrats souscrits auprès d'AXA France VIE, est limité à :

- **1 000 000 euros (UN MILLION D'EUROS)** pour les Assurés **âgés de moins de 65 ans** à la date de signature de la demande d'admission au titre d'un **prêt amortissable ou d'un prêt relais,**
- **500 000 euros (CINQ CENT MILLE EUROS) :**
 - au titre d'un **prêt In Fine ou d'un Prêt à Taux Zéro ou ECO-PTZ,**
 - pour les Assurés **âgés de 65 ans et plus** à la date de signature de la demande d'admission au titre d'un **prêt amortissable ou d'un prêt relais.**

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'Assuré est déjà garanti par le présent contrat au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'Assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'admission.

ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE L'ASSURANCE ET DES GARANTIES

L'Assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues à l'article 9 "CESSATION DES GARANTIES".

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'assurance, sous réserve de la signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds, de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première prime d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de l'acceptation du risque par l'assureur.

Toutefois,

- si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'admission sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'Assureur, la couverture du risque de **DÉCÈS ACCIDENTEL** est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt et la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'Assureur,
- si au vu des conclusions du Médecin Conseil, l'Assureur prononce le refus d'admission du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification dudit refus à l'Assuré.

Par décès accidentel, il faut entendre le décès résultant directement de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Il est précisé que le décès consécutif à l'accident doit survenir dans les six mois qui suivent la date dudit accident.

Le décès n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne sont pas considérés comme accidents au sens de cette garantie.

Il est précisé que dans le cas où l'Assureur ne peut statuer sur l'admission avant l'expiration du troisième mois à compter de la date de signature de la demande d'admission, la couverture du risque de DÉCÈS ACCIDENTEL cesse TROIS MOIS jour pour jour à compter de ladite date.

ARTICLE 6 – FONCTIONNEMENT DES GARANTIES**6.1 - PRINCIPE GENERAL**

Les garanties s'appliquent conformément à l'échéancier porté à la connaissance de l'Assureur et servant de base au calcul des cotisations, et prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

6.2 - AMÉNAGEMENT DU PRÊT EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ PARTIEL

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties s'appliquent conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

6.3 - MODIFICATION DES GARANTIES ET DES QUOTITÉS

L'Assuré peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties et/ou sa quotité, sous réserve de l'accord du bénéficiaire.

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par l'Assureur.

S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée à l'étude de nouvelles formalités d'admission.

Si la demande est effectuée alors que l'Assuré bénéficie des prestations au titre de la garantie ITT, IPT ou IPP, les modifications prendront effet à la date de fin d'indemnisation du sinistre Incapacité de Travail ou Invalidité Permanente en cours.

Les nouvelles garanties et/ou quotité prennent effet à la date indiquée sur la nouvelle demande d'admission, sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur et du paiement de la cotisation par l'Assuré.

6.4 - CUMUL DES GARANTIES

Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du contrat n° 4040, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de 100%.

Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'Assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des Assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

ARTICLE 7 – ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance du présent contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 14 "RISQUES EXCLUS".

ARTICLE 8 - MAINTIEN DES GARANTIES

Les modifications de situation personnelle ou professionnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

De plus, en cas de résiliation du contrat d'assurance n° 4040, l'Assureur maintient jusqu'au terme des prêts concernés, les garanties délivrées à l'Assuré dans les conditions de cette notice d'information et des conditions particulières d'adhésion. Les cotisations d'assurance continuent d'être dues.

ARTICLE 9 - CESSATION DES GARANTIES

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration faite de mauvaise foi, l'Assuré, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance, contre son gré tant qu'il fait partie des assurables du groupe et à la condition que ses cotisations aient été payées.

Les garanties prennent fin pour chaque Assuré :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions des articles L.113-12-2 du Code des assurances, L.313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- à la date de résiliation par l'Assuré de son adhésion à l'association APPSR, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances,

Et en outre,

- **pour la garantie DÉCÈS :**
 - au jour du 90^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- **pour la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :**
 - au jour du 67^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- **pour les garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :**
 - à la date de l'un des événements suivants :
 - le départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail ;
 - la mise à la retraite ou préretraite en application de la législation en vigueur ;
 - le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 10 – BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat n° 4040, le bénéficiaire acceptant est **le(s) prêteur(s)** signataire(s) du certificat d'assurance, dans la limite des sommes dues par l'Assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) le bénéficiaire est :

- **en cas de décès :**
 - En l'absence de désignation particulière,
 - le conjoint de l'Assuré (marié non séparé de corps) ; à défaut, son partenaire avec lequel il était lié par un PACS ;
 - à défaut, par parts égales, ses enfants vivants ou représentés et ceux de son conjoint si l'Assuré en avait la charge fiscale ;
 - à défaut, par parts égales, son père et sa mère ou au survivant d'entre eux ;
 - à défaut, ses héritiers selon la dévolution successorale,
 - ou toute personne expressément désignée par l'Assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion de l'Assureur ou du gestionnaire mandaté. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste faisant foi).

Conformément aux articles L132-8 et L.132-9 du Code des assurances, l'Assuré peut modifier le bénéficiaire de son contrat. Cette désignation de bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation de ce dernier, effectuée dans les conditions prévues par l'article précité. L'article L132-9-1 précise que « le contrat comporte une information sur les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires et sur les modalités de cette désignation. Il précise que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. »

Cette demande doit être adressée à l'Assureur.

- **en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :**
 - l'Assuré lui-même.

ARTICLE 11 - GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE**11.1 - DEFINITION DE LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE**

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et celles de la Sécurité sociale dans le même domaine.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré qui, par suite d'une maladie garantie ou d'un accident garanti survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, étant entendu que cette assistance doit être viagère.

De plus, l'Assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3^{ème} catégorie ou bénéficiaire au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie à l'article 9 "CESSATION DES GARANTIES".

La réalisation du risque perte totale et irréversible d'autonomie est assimilée au décès et par conséquent met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

11.2 - MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré avant son **90^{ème} anniversaire**, l'Assureur garantit au(x) prêteur(s), sous réserve du montant de l'engagement maximal prévu au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", et ce dans le respect des dispositions de l'article 14 " RISQUES EXCLUS ", le paiement en une seule fois du montant défini ci-après, multiplié par la quotité assurée figurant sur la demande d'admission :

- **Pour les prêts "in fine"** : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès,
- **Pour les prêts relais** : le montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - entre la date de dernière échéance de paiement des intérêts précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement,
 - entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.
- **Pour les prêts amortissables ou Prêt à Taux Zéro ou ECO-PTZ** : le montant du capital restant dû au jour du décès, majoré :
 - du montant des fonds non encore versés à l'Assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
 - des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès,
 - des intérêts courus depuis la réalisation du crédit jusqu'au jour du sinistre, lorsque ledit crédit prévoit une période de différé d'amortissement total avec capitalisation des intérêts.

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

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital versé est égal à celui prévu en cas de décès, calculé à la date de reconnaissance par le Médecin Conseil de l'Assureur, de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenu avant le jour du **67^{ème} anniversaire** de l'Assuré.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'Assureur au titre de l'Incapacité de Travail Temporaire de Travail ou de l'Invalidité Permanente pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler au titre de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

11.3 - DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il appartiendra à l'Assuré ou ses ayants-droit de contacter l'Assureur.

Ainsi, les éléments nécessaires à la constitution du dossier sinistre lui seront adressés. Une fois complétées, les pièces médicales seront introduites dans l'enveloppe « confidentielle » pré-imprimée. L'ensemble des documents devra être retourné à l'adresse suivante :

**AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection
Service Sinistres - M. Le Médecin Conseil
51 rue des 3 Fontanot - CS 80135 - 92024 Nanterre Cedex**

En vue du règlement, les pièces à fournir sont les suivantes :

EN CAS DE DÉCÈS DEL'ASSURÉ

- la demande d'admission,
- l'acte de décès,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date du décès,
- un certificat obtenu par les ayants-droit auprès du médecin traitant de l'Assuré, sans mention diagnostique, indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide) et précisant, si le défunt, à la date de souscription, suivait ou non un traitement médical, et/ou était soumis ou pas à une surveillance médicale, en relation directe ou non avec le décès. Ce certificat devra être transmis par les ayants-droit au Médecin Conseil sous pli confidentiel,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,
- une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

et, pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) :

- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s),
- la carte nationale d'identité du (des) bénéficiaire(s),
- un acte de notoriété héréditaire,

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

- la demande d'admission,
- le tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le (ou les) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'Assureur, apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance viagère d'une tierce personne,
- pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3^{ème} catégorie établie par la Sécurité Sociale,
- une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur.

En ce qui concerne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il estime nécessaire pour l'étude du dossier.

ARTICLE 12 : GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL – INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE – INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Ces garanties :

- concernent les Assurés, **ayant opté pour la FORMULE 2 ou 3 et qui, âgés de moins de 67 ans** au moment du sinistre, exercent une activité professionnelle ou sont demandeurs d'emploi en France indemnisés par Pôle Emploi, ou exercent leur activité dans un pays frontalier de la France et résident fiscalement en France,
- sont acquises pour la caution, en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur, qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

Toutefois, les Assurés, ayant opté pour la FORMULE 2 ou 3, qui au moment du sinistre sont âgés de moins de 67 ans, n'exercent plus d'activité professionnelle et résident fiscalement en France, sont assurés en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail uniquement.

Sont exclus de l'assurance les titulaires de prêts relais et de prêts in fine.

L'attention des Assurés est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de l'Assureur relatives à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou à l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et celles de la Sécurité sociale dans le même domaine.

12.1 - PÉRIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé à **90 jours** continus d'incapacité totale de travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

12.2 - DÉFINITION DE LA GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Est en **Incapacité Temporaire Totale de Travail** au sens du présent contrat :

- l'Assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi, se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession.
- l'Assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle, se trouvant à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

Pour l'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du sinistre, l'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Assureur de l'invalidité permanente de l'Assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

12.3 - DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'Assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1^{er} jour d'incapacité de travail, sera en **invalidité permanente** au sens du présent contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un **taux contractuel d'incapacité supérieur à 33 %**.

Les garanties Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle sont déterminées en fonction du **taux contractuel d'incapacité** fixé par le médecin conseil de l'Assureur.

Le **taux contractuel d'incapacité** qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle de l'Assuré, selon le barème ci-contre.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale, suite à la maladie ou à l'accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

L'assureur considère alors :

- en **invalidité permanente totale**, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est **supérieur ou égal à 66%**,
- en **invalidité permanente partielle**, tout Assuré dont le taux contractuel d'incapacité est **supérieur à 33% et inférieur à 66%**.

Les taux contractuels d'incapacité sont ainsi répertoriés :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10							37%	40%	43%	46%
20					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40				40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90			43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%	

Le taux contractuel d'incapacité est égal ou inférieur à 33% :
L'Assuré n'est pas garanti

Le taux contractuel d'incapacité est supérieur à 33 % et inférieur à 66 % :
L'Assuré est en invalidité permanente partielle.

Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66 % :
L'Assuré est en invalidité permanente et totale

12.4 - INDEMNISATION

MONTANT DES PRESTATIONS

Garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail

Pour l'Assuré reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur règle au(x) prêteur(s), à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues au paragraphe "limitation des prestations ITT, IPT et IPP" du présent chapitre, et au paragraphe 12.6 "Cessation du paiement des prestations ITT, IPT et IPP", et ce dans le respect des dispositions de l'article 14 "Risques exclus", **100 %** du montant de l'échéance

mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, multiplié par la quotité assurée.

L'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail est étendue à l'Assuré qui, au moment du sinistre n'exerce plus d'activité professionnelle. L'indemnité est versée pendant une durée maximale de 3 ans.

La prestation versée au titre de la période allant du 91^e jour à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'Assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Le cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'Assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

Il est précisé que pour les prêts comportant une période de différé total d'amortissement, aucune prestation n'est due pendant cette période.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s).

Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle

A la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré, le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression est fonction du taux contractuel d'incapacité tel que défini au paragraphe 12.3 "DÉFINITION DE LA GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE" :

- ✓ si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations prévues à la garantie ITT ci-avant sont maintenues intégralement,
- ✓ si le taux contractuel d'incapacité est supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations sont égales à :
N-33 des sommes dues en cas d'ITT, (N'étant le taux contractuel d'incapacité)
33
- ✓ si le taux contractuel est inférieur ou égal à 33%, les prestations sont supprimées.

LIMITATION DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le montant de la prestation pour un même Assuré tous prêts confondus, est limité à **2.500 euros (DEUX MILLE CINQ CENTS EUROS) par mois**.

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du contrat n° 4040, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe 4.2 "ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR", l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de Travail n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DURÉE D'INDEMNISATION

L'Assureur rembourse au terme de la période de franchise, les échéances d'amortissement des prêts, calculées prorata temporis et ce dans les limites indiquées ci-dessus, et conformément aux dispositions du paragraphe 12.6 "CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP".

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à **DEUX MOIS**, l'Assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant **plus de DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

12.5 - RÈGLEMENT DES SINISTRES

DÉLAIS DE DÉCLARATION

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés plus de 180 jours après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il ne sera pas fait application du délai de franchise.

Conformément aux articles L 114-1 à L 114-3 du Code des Assurances, tout sinistre qui sera déclaré plus de deux ans après la date de survenance de l'incapacité de travail ne sera pas pris en considération.

12.6 - CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est inférieur ou égal à 33% pour l'Invalidité Permanente Partielle et est inférieur à 66% pour l'Invalidité Permanente Totale,
- à la date de reconnaissance par l'Assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'Assuré atteint son 67^{ème} anniversaire, et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

12.7 - DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, il appartiendra à l'Assuré de contacter l'Assureur.

Ainsi, les éléments nécessaires à la constitution du dossier sinistre lui seront adressés. Une fois complétées, les pièces médicales seront introduites dans l'enveloppe « confidentielle » pré imprimée. L'ensemble des documents devra être retourné à l'adresse suivante :

AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection
Service Sinistres - M. Le Médecin Conseil
51 rue des 3 Fontanot - CS 80135 - 92024 Nanterre Cedex

Quel que soit le régime social de l'Assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la copie de la demande d'admission,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du sinistre,

- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'Assureur,
- d'une attestation du prêteur, si l'Assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

• **Pour les assujettis au Régime Général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**

- les décomptes de règlement dudit organisme,
Au cours de la période indemnisée :
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

• **Pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale :**

- une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
- le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,
Au cours de la période indemnisée :
- les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
- la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,
- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

• **Pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non-Salariés :**

- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

Toute modification de l'état de santé de l'Assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'Assureur à l'adresse mentionnée ci-dessus, dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, à défaut, l'état de santé de l'Assuré est considéré comme consolidé au dernier jour d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

ARTICLE 13 - CONTRÔLE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'Assureur relatives à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à l'Incapacité Temporaire Totale de Travail et à l'Invalidité Permanente et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'Assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin de contrôler l'état de santé de l'Assuré. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de toutes prestations. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'Assureur.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

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

ARTICLE 14 - RISQUES EXCLUS

Au titre des garanties DÉCÈS et PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- la participation à des matches, courses, paris, compétitions sportives, sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même, les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- la pratique des sports cités ci-dessus, SAUF dans le cadre d'une activité professionnelle (classe de tarification « CSP4 ») ou de loisir mentionnée sur la demande d'admission et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée, OU SAUF si en tant qu'amateur la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement :
 - la pratique des sports de combat, du cyclisme sur piste ou sur route en compétition, de l'équitation en compétition, de la chasse à courre ou de raid équestre, de compétitions comportant l'utilisation d'une arme, des sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), de l'escalade ou de l'alpinisme en dessous de 3000 mètres, du hors-pistes, du canyoning, de la spéléologie sans secourisme (usage d'explosif exclu dans tous les cas), du motonautisme en compétition ou à plus d'un mille des côtes, de la voile ou du yachting en compétition ou pour une longue traversée ou pour un tour du monde, du kitesurf, de la plongée sous-marine à une profondeur inférieure à 20 mètres ou dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, des sports automobiles, de la moto ou motocross en compétition, des vols sur ailes volantes, du deltaplane, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel et du parapente, de l'ULM et tout autre sport aérien et/ou utilisation de tout autre engin aérien,
- la pratique de la plongée sous-marine à une profondeur supérieure à 20 mètres ou sans brevet,
- la spéléologie dans le cadre d'une intervention de secours,
- la pratique sportive du bicross, du free ride ou de VTT sans port d'un casque, de gants et d'équipement de protection oculaire,
- les concours complets d'équitation, courses d'obstacle, dressage de chevaux, polo, ro déo,
- l'escalade, la randonnée en montagne, le trekking et l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres ou sur des cascades gelées ou glaciers ou dans le cadre de participation à des expéditions,
- les rixes auxquelles l'Assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les conséquences, directes ou indirectes, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale,

En outre, au titre de la garantie DÉCÈS, est également exclu :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L 132-7 du Code des assurances (120.000€ au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,

En outre, au titre de la garantie PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont également exclus :

- les affections antérieures à la date d'effet de l'assurance (sauf celles relevant du droit à l'oubli) et non déclarées. Les affections déclarées sont garanties sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion de garantie mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,
- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou celles qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article 324-1 du code de la sécurité sociale,
- les accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux d'atome.

Enfin, au titre des garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE et INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences sont exclus :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à un burn-out ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique sauf si une hospitalisation de plus de 10 jours continus a été nécessaire durant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatique, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité.

Option Maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis :

Sous réserve de l'accord de l'assureur et moyennant le paiement d'une prime complémentaire, si le postulant à l'assurance a répondu OUI à la question « Souhaitez-vous être garantie(e) au titre des maladies psychiques et psychiatriques et celles du rachis ? » sur la demande d'admission, les exclusions visées aux deux derniers alinéas de l'article 14 – « RISQUES EXCLUS » ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet de l'assurance, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'assureur.

ARTICLE 15 - COTISATIONS

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- du type de financement (prêt amortissable, prêt à taux zéro ou éco-prêt, prêt relais, prêt in fine),
- de l'âge de l'Assuré atteint au jour de la date d'effet de l'adhésion pour la première cotisation, et les années suivantes, l'âge atteint à la date anniversaire de la date d'effet,
- de l'activité professionnelle de l'Assuré exercée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance,
- du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'Assuré à la date de signature de la demande d'admission,
- des garanties retenues par l'Assuré sur la demande d'admission et acceptées par l'Assureur,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (rachat des exclusions).

La cotisation est fixée en pourcentage du **CAPITAL RESTANT DÛ**, multiplié par la quotité assurée.

La cotisation est due à compter du jour de la prise d'effet de l'assurance et est payable annuellement et d'avance.

L'Assureur se réserve le droit de réviser la cotisation, si les Pouvoirs Publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations.

L'Assureur informe les Assurés de toute modification du montant des cotisations, par lettre recommandée avec avis de réception. Le nouvel échéancier des cotisations prendra effet à la date d'envoi de cette lettre.

Conformément à l'Article L. 141.3 du Code des Assurances, l'Assureur peut exclure de l'assurance un Assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par l'Assureur ou son gestionnaire mandaté d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions des articles L.113-12-2 du Code des assurances, L.313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

Outre les cotisations d'assurance, l'Assuré devra s'acquitter chaque année de la cotisation de 8 € (HUIT EUROS) permettant son adhésion à l'association APPSR.

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances et les articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article L.114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L.114-2 du Code des assurances

« 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 figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

AXA France Vie. SA au capital de 487 725 073 €, 310 499 959 RCS Nanterre

Siège social : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex- Entreprise régie par le Code des assurances

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ».

Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

Article L.114-3 du Code des assurances

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

ARTICLE 17 - INFORMATION DES ASSURES**17.1 INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES**

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

17.2 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de réclamation :

Indépendamment du droit de l'Assuré d'engager une action en justice, si, après avoir contacté son interlocuteur habituel ou son service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, il peut faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA Partners – Credit & Lifestyle Protection
Service Réclamations
51 rue des 3 Fontanot - CS 80135 - 92024 Nanterre Cedex
Tél : 01.55.91.16.00
Email : clp.fr.reclamations@partners.axa

en précisant le nom et le numéro de son contrat ou sinistre ainsi que ses coordonnées complètes.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de sa réclamation sont les suivants : un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et il recevra une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont l'Assureur lui tiendra informé).

Si aucune solution n'a été trouvée, il peut ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en s'adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et laissera à l'Assuré toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

ARTICLE 18 – CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est :

L'AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION - Secteur assurance
4 Place de Budapest – 75436 PARIS

ARTICLE 19 - FACULTE DE RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement de la prime versée, si, dans les trente (30) jours qui suivent la signature de la demande d'admission, il adresse à :

Groupe MNCAP – Service Gestion
5 rue Dosne- 75116 PARIS

Une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant : « Je soussigné (M. Mme nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat garantie Emprunteur n° 4040 pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours. Le xx/xx/xxxx Signature »

L'Assureur remboursera à l'Assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. Le service gestion d'AXA ou son gestionnaire mandaté adressera alors un courrier au prêteur concerné par cette adhésion, afin de l'informer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion. La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

ARTICLE 20 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION PAR L'ASSURÉ

Conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'Assuré pourra demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de **12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt**. Il devra pour ce faire, adresser à :

Groupe MNCAP – Service Gestion
5 rue Dosne- 75116 PARIS

, sa demande de résiliation, par lettre recommandée, **au plus tard quinze (15) jours avant le terme de la période de douze (12) mois susmentionnée**, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

Conformément aux dispositions de l'article L.313-30 du Code de la consommation, l'Assuré pourra faire usage du droit de résiliation annuel mentionné au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances. Il devra pour ce faire, adresser à :

Groupe MNCAP – Service Gestion
5 rue Dosne- 75116 PARIS

, sa demande de résiliation, par lettre recommandée, **au moins deux (2) mois avant la date d'anniversaire de son adhésion**, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet dix (10) jours après la réception par l'Assureur de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si cette date est postérieure.

ARTICLE 21 - FOURNITURES D'OPÉRATIONS À DISTANCE

Constitue une fourniture à distance d'opérations d'assurance, telle que définie par l'article L 112-2 du Code des assurances, la fourniture d'un contrat d'assurance à un « souscripteur personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

En cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance, le « souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », doit recevoir de l'Assureur ou de l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable, en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L 112-2-1 III du Code des assurances.

ARTICLE 22 - DROIT APPLICABLE ET JURIDICTIONS COMPÉTENTES

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. La langue utilisée pendant les relations précontractuelles et la durée du contrat est le français. L'Assuré reconnaît avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des juridictions françaises.