

Notice d'information

Du contrat d'assurance emprunteur Kala / E0234268EMPR

Version applicable à compter de 1^{er} Juin 2022

Le contrat Kala est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, souscrit par l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R) - association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 située au, 120 avenue du Général Leclerc 75014 Paris auprès de AESIO mutuelle, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775627391, ci-après dénommée, « la Mutuelle » dont le siège social est situé à 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

Le présent document est établi en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements contractuels réciproques entre l'Assureur (la Mutuelle) et chaque Assuré en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

L'organisme gestionnaire du contrat est par délégation FOREVER, Société par actions simplifiée au capital de 10 000€ situé au 73 Rue du Château à 92100 Boulogne-Billancourt.

Pour toute opération liée à la gestion de votre contrat, vous devez contacter la Mutuelle par l'intermédiaire de FOREVER, gestionnaire du contrat aux coordonnées suivantes : FOREVER Service Gestion : 14 rue Pierre Gilles de Gennes - CS40412 - 76137 MONT SAINT AIGNAN Cedex

Lexique

Les définitions ci-après sont contractuelles et seront les seules retenues pour l'application du présent contrat.

Pour faciliter la lecture de la notice, « Vous » désigne le ou les assurés et « Nous » désigne AESIO mutuelle, via son gestionnaire FOREVER.

Accident : Toute atteinte corporelle médicalement constatée, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les malaises cardiaques, les infarctus du myocarde, les spasmes coronariens, les troubles du rythme cardiaque, les lombo-sciatalgies, les accidents vasculaires et les hémorragies cérébrales ne sont pas considérés comme des Accidents.

Adhérent : personne morale ou physique membre de l'A.P.P.S.R, désignée comme telle au certificat d'adhésion, signataire de la demande d'adhésion et acquittant les cotisations. Il intervient en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution dans l'opération de crédit objet de l'assurance.

Adhésion : acceptation formelle des termes du présent contrat d'assurance et des statuts de la mutuelle. Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent sur la Demande d'Adhésion et après accomplissement des formalités médicales et financière, et donne lieu à la formalisation d'un Bon pour Accord et d'un Certificat d'Adhésion.

Age de l'Assuré : âge calculé par différence entre la date du jour et votre date de naissance (âge exact).

Assuré : personne physique domiciliée en France Métropolitaine ou dans DROM-COM, répondant aux conditions d'admission, sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle au certificat d'adhésion.

Assuré sans activité professionnelle : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée, y compris les assurés inscrits à Pôle Emploi ou tout autre organisme assimilé, ainsi que les conjoints collaborateurs.

Assureur : Désigne la mutuelle AESIO

Bénéficiaire :

- l'Organisme prêteur, réputé bénéficiaire acceptant et désigné à l'adhésion et éventuellement pour la garantie décès, les personnes physiques désignées à l'adhésion après accord express de l'Organisme prêteur
- l'Assuré lui-même s'il est Caution pour les garanties ITT, IPT, IPP, PTIA,

Bon pour Accord : Document émis en cas de conditions particulières de type surprime, exclusions

Capital Initial, Capital Restant Dû: ce sont les montants en vigueur mentionnés aux tableaux d'amortissement des prêts couverts, dans la limite des montants déclarés à l'Assureur et mentionnés au certificat d'adhésion.

Caution : personne qui s'engage à garantir l'exécution de l'obligation de remboursement par l'emprunteur ou le co-emprunteur en

cas de défaut de paiement par celui-ci.

Certificat d'adhésion : document contractuel remis à l'Adhérent constatant son adhésion au contrat. Il matérialise l'acceptation du risque par la Mutuelle, la date d'effet de l'assurance, les prêts couverts, leurs caractéristiques, les garanties et montant assurés, les options souscrites, le montant des cotisations prévisionnelles et, le cas échéant, l'existence de conditions particulières.

Co-Emprunteur : la (ou les) personne(s) qui signe(nt) le contrat de prêt avec l'Emprunteur. Elle(s) bénéficie(nt) du crédit au même titre que l'Emprunteur et elles sont soumises aux mêmes obligations.

Consolidation (date de) : Date à compter de laquelle l'état de santé de l'Assuré, constaté par une autorité médicale compétente, prend un caractère permanent, sinon définitif et auquel les soins donnés ne sont plus susceptibles d'apporter d'amélioration compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à date et dont il devient possible de déterminer le degré d'invalidité.

Convention AERAS : la convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé permet à une personne qui a eu un problème grave de santé d'obtenir plus facilement une assurance pour un prêt immobilier ou un prêt à la consommation.

Demande d'adhésion : Document papier ou support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa demande d'adhésion au Contrat.

Echéances : Montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'Adhésion ou avenant au Contrat en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. L'Echéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif.

Emprunteur : personne physique ou morale qui a signé la demande de prêt.

Exonération : Remboursement total ou partiel du paiement de vos cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale. L'exonération peut être totale si l'ensemble des cotisations sont remboursées, ou partielle si seules les cotisations dues au titre des garanties d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente Totale sont remboursées. L'option Exonération est choisie à l'adhésion.

Gestionnaire : Désigne FOREVER en charge de la gestion des adhésions et administrative du Contrat tel que défini dans la convention spécifique de délégation de gestion signée avec l'Assureur.

Franchise : il s'agit du nombre de jours consécutifs à compter de la survenance du Sinistre correspondant à la période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues par l'Assureur. Elle est indiquée au certificat d'adhésion et est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

Incapacité Temporaire Totale (ITT) : l'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. Si vous exercez une activité professionnelle au jour du sinistre, vous êtes considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale si vous êtes dans l'impossibilité complète d'exercer votre activité professionnelle. Si vous n'exercez pas d'activité professionnelle au jour du sinistre vous êtes en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail si vous êtes contraint d'observer un repos complet et continu sur prescription médicale, et devez interrompre toutes vos Occupations Habituelles. La prise en charge au titre de cette garantie est limitée à 1095 jours à compter de la date de l'arrêt total de travail ou de la date à laquelle l'assuré s'est vu prescrire un repos complet et continu. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) : vous êtes en Invalidité Permanente Professionnelle si vous vous trouvez dans l'incapacité totale et définitive d'exercer votre activité professionnelle médicale ou paramédicale. Cette incapacité totale et définitive d'exercer votre profession est déterminée par le médecin expert désigné par l'Assureur, en fonction des conditions normales d'exercice de votre profession, des possibilités qui subsistent pour exercer votre profession après recours aux aides techniques disponibles (prothèses, canne...) et à un équipement adapté des outils et de votre lieu de travail. La garantie IPPRO s'exerce à condition que vous n'ayez pas déjà été reconnu en état de PTIA. Cette garantie est réservée aux prêts professionnels pour les seuls assurés qui exercent une activité médicale ou paramédicale à titre libéral et dont la liste est définie à l'Article V, paragraphe « Garantie en cas d'Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) ».

Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) : vous êtes en Invalidité Permanente Totale si vous vous trouvez dans l'incapacité totale et définitive d'exercer votre activité professionnelle et que votre taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de votre état de santé, est supérieur à 66%. Vous êtes en Invalidité Permanente Partielle si vous êtes dans l'incapacité totale et définitive d'exercer votre activité professionnelle à temps plein et que votre taux d'invalidité, fixé par expertise médicale au jour de la consolidation de votre état de santé, est compris entre 33% et 66%. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Garantie Invalidité Spécifique AERAS (GIS) : conformément aux dispositions de la Convention AERAS, l'assureur s'engage à étudier la possibilité de garantir l'assuré au titre d'une garantie additionnelle dite Invalidité AERAS dans les cas suivants :

- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, ne peut être accordée à l'assuré
- la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat, demandée à l'adhésion, a été accordée à l'assuré avec exclusion(s) de pathologie(s) ; dans ce cas, l'assureur s'engage à étudier la possible couverture de l'assuré au titre de la garantie Invalidité AERAS s'agissant des pathologies exclues de la garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle du présent contrat.

Occupations habituelles : activités relevant notamment de la gestion des affaires familiales et personnelles, des travaux domestiques, de la préparation quotidienne des repas, des transports de courses ou d'enfants, de la surveillance d'enfants

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : un assuré est en état de PTIA lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à tout travail pouvant lui procurer gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement de l'ensemble des actes de la vie ordinaire : se laver,

s'habiller, se nourrir, se déplacer. Cet état doit être constaté par expertise médicale.

Quotité assurée : la quotité assurée correspond pour chaque assuré à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'opération de crédit. Elle est égale

- pour les garanties décès et PTIA au rapport entre le capital assuré et le montant du prêt,
- pour les autres garanties au rapport entre les échéances assurées et les échéances du prêt.

Elle ne peut excéder par assuré 100%. La quotité assurée pour chacune des garanties souscrites est mentionnée au certificat d'adhésion.

Maladie : Toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

Rechute : reprise d'un état pathologique donnant lieu à un nouvel état d'Incapacité Temporaire Totale, intervenant dans un délai de 60 (soixante) jours après la reprise d'activité de l'Assuré. Pour qu'il y ait rechute, le motif du nouvel arrêt de travail doit être le même que celui de l'arrêt de travail initial.

Sinistre : Réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation par l'Assureur.

ARTICLE I OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir, dans les conditions définies ci-après, le paiement de la Quotité assurée des sommes dues aux organismes prêteurs en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A.), d'invalidité permanente totale de travail (I.P.T.), d'invalidité permanente partielle (I.P.P.), d'Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) et d'incapacité temporaire totale de travail (I.T.T.) de l'Assuré consécutivement à une Maladie ou à un Accident, selon les garanties et options souscrites par l'assuré. Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées au Certificat d'Adhésion.

ARTICLE II CONDITIONS D'ADMISSION

2.1 PRETS ASSURABLES

Seuls sont éligibles aux garanties du Contrat les types de prêts immobiliers, professionnels ou restructuration de crédit suivants :

- les prêts amortissables à taux fixe ou à taux variable les prêts à paliers, avec ou sans différé d'amortissement d'une durée maximum de 360 mois,
- les prêts remboursable in fine d'une durée maximum de 240 mois,
- les prêts relais d'une durée maximale de 36 mois.

Ne sont pas assurables les découverts bancaires, les crédits-bails, les crédits renouvelables et les prêts viagers hypothécaires, les prêts achat-revente, les prêts Europlan, les prêts supérieurs à 360 mois, et les prêts à la consommation.

Le montant maximum garanti pour un même Assuré, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent contrat, est de 2 000 000 euros. Le montant minimum assuré par contrat est de 25 000 euros.

Quel que soit le contrat, la dette est couverte, pour chaque Assuré, à concurrence du montant emprunté multiplié par la Quotité choisie qui est au maximum de 100 %.

Les prêts assurables doivent obligatoirement être réalisés en euros (€), rédigés en français et consenties par des établissements de crédit situés en France métropolitaine, en Guadeloupe, Martinique ou Ile de la Réunion.

2.2 PERSONNES ASSURABLES

Pour être éligible au contrat, l'Assuré doit, au moment de la Demande d'Adhésion répondre à l'ensemble des conditions suivantes :

- Être âgé à l'Adhésion de plus de 18 ans et de moins de (âge exact) :

Garanties	Agés maximum à l'adhésion
Décès	80 ans
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	69 ans
Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) Incapacité Temporaire Totale (ITT) Exonération	65 ans

Option prolongement des garanties <ul style="list-style-type: none"> - Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) - Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Exonération 	65 ans
Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRo)	60 ans
Option IPT en capital	65 ans ET l'âge de l'assuré à la date du terme normal du prêt doit être inférieur à l'âge limite défini à l'ARTICLE III
Option prolongement des garanties <ul style="list-style-type: none"> - Option IPT en capital 	65 ans ET l'âge de l'assuré à la date du terme normal du prêt doit être inférieur à l'âge limite défini à l'ARTICLE III

- Ne pas être retraité ou préretraité ayant définitivement cessé ses activités pour les garanties I.T.T. et I.P.T., I.P.P.
- Être inscrit à l'ordre de votre profession pour les personnes exerçant les professions libérales suivantes pour les garanties IPPro :
 - o médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, pharmaciens d'officine,
 - o kinésithérapeutes, ostéopathes
- Être bénéficiaire ou caution d'un prêt d'un montant minimum garanti de 25 000€, libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un organisme prêteur situé en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Martinique ou Ile de la Réunion
- Être résident en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique, à la Réunion ou en Guyane
- Avoir satisfait aux formalités médicales, administratives et financières le cas échéant
- **Ne pas exercer l'une des professions suivantes :**
 - o **Sportifs professionnels,**
 - o **Professions du cirque,**
 - o **Professions relevant du régime ENIM (par exemple les marins, les marins-pêcheurs, les aquaculteurs, les ostréiculteurs, les conchyliculteurs les personnes exerçant des travaux sous-marins),**
 - o **Caristes, dockers,**
 - o **Professions impliquant avec la manipulation et/ou transport d'explosifs ou de substances chimiques et/ou toxiques,**
 - o **Professions sur site d'exploitation minière, pétrolière, nucléaire,**
 - o **Cascadeurs, Guides de chasse, Guides de safaris, Tauréador, Vulcanologue**
 - o **Missions humanitaires à l'étranger, reporters ou journalistes,**
 - o **Professions en lien avec la sécurité, la surveillance ou nécessitant le port d'une arme (Convoyeurs de fonds, détectives privés, agents de sécurité...)**
 - o **Professions de la voyance et de la divination (médiuim, magnétiseur, astrologue, radiesthésiste)**
 - o **Professions en relation avec la montagne (moniteurs de ski, guides de montagne),**
 - o **Professions en relation avec les travaux forestiers (par exemple : bûcherons, élagueurs, débardeurs, exploitants forestiers),**
 - o **Professions en relation avec l'aérien (par exemple : moniteurs d'aviation, pilotes),**
 - o **Artistes (par exemple : peintre d'œuvre d'art, sculpteur, chanteur)**

Si vous exercez l'une de ces professions, vous devez la déclarer à l'adhésion et elle fera l'objet d'une étude spécifique. En cas d'acceptation par l'Assureur, les conditions d'acceptation des garanties seront définies aux conditions particulières qui vous seront remises.

2.3 ELIGIBILITE DES GARANTIES :

Suivant votre activité ou votre département de résidence, les garanties éligibles sont les suivantes :

Territorialité	France continentale			Corse, Guadeloupe, Martinique ou Ile de la Réunion		
	En activité		Autres activités	Sans activité	En activité	Sans activité
	médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes, vétérinaires, pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, ostéopathes	Autres professionnels				
Activité professionnelle	Prêt professionnel	Autres prêts				
Décès	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PTIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IPT	✓	✓	✓	✓	✓	✗
IPT en capital	✓	✓	✗	✗	✓	✗
IPPro	✓	✗	✗	✗	✗	✗
ITT 30j	✓	✓	✓	✗	✗	✗
ITT 60j	✓	✓	✓	✗	✗	✗
ITT 90j	✓	✓	✓	✓	✓	✗
ITT 120j	✓	✓	✓	✓	✓	✗
ITT 180j	✓	✓	✓	✓	✓	✗
IPP	✓	✓	✓	✗	✗	✗

- ✓ Garantie Eligible
- ✗ Garantie Non éligible

ARTICLE III DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

3.1 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion
- le jour de la signature de l'offre de prêt

sous réserve :

- du paiement de la première cotisation,
- du débocage des fonds dans un délai maximum de 6 mois suivant la signature de l'offre de prêt
- du respect d'un délai maximum de 12 mois entre ces deux dates, à défaut l'assuré devra à nouveau satisfaire aux formalités d'adhésion.

3.2 DUREE DES GARANTIES

L'adhésion au contrat est conclue pour toute la durée du (des) prêt(s), sous réserve des dispositions de l'article 3.3 « Fin des garanties et/ou des prestations » ou de toute modification des prêts et des garanties à la demande de l'assuré comme indiqué à l'article 4.2.

La date d'échéance annuelle du contrat est mentionnée au certificat d'adhésion.

3.3 FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations du contrat cessent pour tous les risques :

- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- à la date d'effet de l'exigibilité, en cas d'exigibilité du prêt avant terme,

- à la date du règlement du capital Décès ou P.T.I.A. par l'assureur
- en cas de non-paiement de la cotisation, conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du code de la mutualité
- en cas de demande de résiliation par l'assuré mentionné à l'article 3.4 de la présente Notice d'information
- en cas de reprise d'activité de l'assuré, même à temps partiel, pour les garanties I.T.T., I.P.T. et I.P.P.,
- A la date à laquelle le contrat de cautionnement est résilié dans l'hypothèse où l'Assuré est Caution

Elles cessent en outre selon les modalités définies ci-après (âges exacts) :

Garanties	Agés maximum de garantie
Décès	85 ans inclus
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	69 ans inclus
Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) Incapacité Temporaire Totale (ITT) Exonération	Le plus tôt entre : <ul style="list-style-type: none"> - 66 ans inclus - la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour inaptitude au travail
Option prolongement des garanties <ul style="list-style-type: none"> - Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT/IPP) - Incapacité Temporaire Totale (ITT) - Exonération 	Le plus tôt entre : <ul style="list-style-type: none"> - 69 ans inclus - la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour inaptitude au travail
Invalidité Permanente Professionnelle (IPPRo)	Le plus tôt entre : <ul style="list-style-type: none"> - 66 ans inclus - Si l'assuré n'exerce plus l'une des professions suivantes à titre libéral et/ou n'est plus inscrit à l'ordre de sa profession : médecin, chirurgien, de dentiste, sage-femme, pharmacien, kinésithérapeute, ostéopathe ou vétérinaire
Option IPT en capital	Le plus tôt entre : <ul style="list-style-type: none"> - 66 ans inclus - la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour inaptitude au travail
Option prolongement des garanties <ul style="list-style-type: none"> - Option IPT en capital 	Le plus tôt entre : <ul style="list-style-type: none"> - 69 ans inclus - la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour inaptitude au travail

3.4 RESILIATION

Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier mentionné au 1° de l'article L.313-1 du Code de la consommation, l'adhérent, a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité. Pour ce faire, il peut adresser sa demande de résiliation par tout moyen. L'adhérent doit notifier à FOREVER la décision du prêteur d'acceptation ou de refus d'un autre contrat d'assurance présenté en substitution, ainsi que la date d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur par lettre recommandée ou envoi recommandé.

En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet 10 jours après la réception par FOREVER de la décision du prêteur, ou si elle est postérieure, à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur.

En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié et continue de produire ses effets

ARTICLE IV OBLIGATIONS DE L'ASSURE

4.1 A L'ADHESION

A l'adhésion, la personne à assurer devra :

- adhérer à l'association contractante pour laquelle une cotisation sera réglée conjointement à l'adhésion au contrat,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA,
- se soumettre, le cas échéant, aux formalités médicales,
- le cas échéant, se soumettre à des examens médicaux et fournir les informations médicales et financières complémentaires nécessaires.

Ne sera pas soumis au questionnaire médical, l'assuré respectant les conditions cumulatives suivantes :

- **le montant total assuré au titre de l'ensemble des emprunts à la date de la souscription est inférieur à 200 000 par assuré ;**
- **et l'échéance de l'emprunt contractée se termine avant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré**

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

L'admission au contrat est conditionnée à l'acceptation par l'Assureur à l'issue des formalités de souscription. L'assureur peut accepter les garanties, avec ou sans restriction ou majoration de cotisations, les refuser ou les ajourner.

L'Assureur et l'Organisme Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), dont les dispositions sont consultables sur le site www.aeras-infos.fr

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) sont refusées ou sont accordées en excluant certaines pathologies, l'Assureur proposera chaque fois que cela sera possible, pour les prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique définie à l'Article 5.4. La garantie Invalidité Spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur le Bon pour Accord par l'Assureur.

En cas d'acceptation avec restriction de garanties, l'Assureur vous transmet un Bon pour Accord notifiant ces conditions particulières. Vous devez alors les renvoyer signées à l'assureur. La décision d'acceptation est valable 6 mois. Si au terme de ce délai, le postulant à l'assurance n'a pas signé l'adhésion au contrat, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

En outre, l'assuré devra signaler à l'assureur toute modification de son état de santé pouvant intervenir entre la date de signature du questionnaire de santé et la date de signature du certificat d'adhésion.

L'acceptation définitive du risque est matérialisée par l'émission du certificat d'adhésion faisant référence aux conditions particulières d'acceptation.

Sur présentation des factures originales, et dans la limite des sommes mentionnées dans la demande de formalités, l'assureur rembourse les frais des examens médicaux demandés, excepté en cas de refus ou de renonciation de la part du postulant de souscrire à une proposition sans restriction ni majoration de cotisations.

4.2 EN COURS DE CONTRAT

Les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours de Contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans la limite des dispositions prévues à l'Article III, section « fin des garanties et/ou prestations » selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de celle des avenants (sauf cas de changement du taux des taxes applicables à la présente convention d'assurance).

En cours de contrat, l'Assuré devra obligatoirement informer le gestionnaire FOREVER par écrit, dans les meilleurs délais, de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte et de fournir les tableaux d'amortissement correspondants (ainsi que tout justificatif nécessaire).

Toute information formulée plus de 6 mois après la modification du prêt et la production par le prêteur du justificatif correspondant ne pourra faire l'objet d'aucune régularisation de cotisations au titre du passé.

Les demandes de modifications des garanties ou d'augmentation ou de diminution de la Quotité assurée par l'Assuré ne pourront être effectuées sans le consentement exprès de l'Organisme Prêteur.

Toute augmentation du capital assuré ou de la quotité assurée pour l'une ou toutes les garanties impliquera, le cas échéant, que l'Assuré se soumette à de nouvelles formalités médicales. Quelle que soit la demande de modification, l'âge retenu et les capitaux servant à déterminer les éventuelles formalités médicales correspondent au capital restant dû assuré à la date de traitement de la demande de modification. À cette occasion, les cotisations peuvent être modifiées.

Dans le cas d'une diminution du capital assuré ou des quotités assurées, la modification prendra effet le jour de réception par l'Assureur de l'accord écrit du Bénéficiaire acceptant, sous réserve du paiement de la cotisation d'assurance.

Toute modification fera l'objet d'un avenant au certificat d'adhésion sur lequel sera indiquée la date de prise d'effet.

ARTICLE V GARANTIES DU CONTRAT

L'assuré sera déchu du droit à garanties en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité.

Les formules suivantes pourront être proposées à l'assuré :

Décès / P.T.I.A., ou Décès seul si l'assuré à plus de 69 ans au jour de l'adhésion

Décès / P.T.I.A. / I.P.T.

Décès / P.T.I.A. / I.P.T. / I.P.P.

Décès / P.T.I.A. / I.P.T. / I.T.T.

Décès / P.T.I.A. / I.P.T. / I.P.P. / I.T.T.

En outre, les assurés exerçant une profession médicale ou paramédicale à titre libéral pourront avoir accès aux garanties suivantes dans le cadre d'un prêt professionnel :

Décès / P.T.I.A. / IPPro

Décès / P.T.I.A. / IPPro / I.T.T.

Les garanties souscrites sont mentionnées sur le certificat d'adhésion et ses avenants. Les montants garantis sont déterminés en fonction des caractéristiques du prêt indiquées sur le certificat d'adhésion et ses avenants, le cas échéant sur le Bon pour Accord et de la quotité souscrite pour chacun des garanties par chaque assuré.

Pour les prêts à taux variable, l'indemnisation découle du tableau d'amortissement produit par l'organisme prêteur au jour du sinistre, dans la limite des mécanismes d'ajustement prévus à l'offre de prêt initiale. Pour cela, l'assureur est en droit de demander en cours de prêt l'actualisation du tableau d'amortissement pour ajuster le niveau de l'assurance.

5.1 GARANTIE EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'assuré par suite d'une Maladie ou d'un Accident garantis avant la date mentionnée à l'Article 3.3 l'Assureur verse au bénéficiaire le capital restant dû à la date de l'échéance précédant le décès, tel qu'indiqué au tableau d'amortissement en vigueur au jour du décès, augmenté des intérêts du prêt courant jusqu'au jour du décès, dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au certificat d'adhésion ou de l'avenant en vigueur au jour du décès et sous déduction des mensualités déjà réglées par l'Assureur

postérieurement à cette date. **Ne sont pas payés au bénéficiaire les intérêts futurs, les arriérés de paiement et éventuelles pénalités de remboursement anticipé.**

Si le décès de l'assuré survient postérieurement à la date de signature de l'offre de prêt, mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'Assureur versera au bénéficiaire le montant du capital assuré, sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée.

Pour les prêts à débloqués successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du Décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du Décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des débloqués successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit se poursuit sur décision du Co-Emprunteur ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique, de l'Adhérent lorsque celui-ci est une personne morale.

Le pourcentage assuré ne peut être supérieur à 100 % pour un même prêt, même en cas de décès simultané de plusieurs coassurés.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties de l'assuré.

5.2 GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de P.T.I.A de l'assuré avant la date mentionnée à l'Article 3.3, par suite d'une Maladie ou d'un Accident garantis, L'Assureur verse au bénéficiaire le capital décès tel que défini à l'article 5.1 par anticipation, arrêté au jour de la reconnaissance de la P.T.I.A par L'Assureur.

Pour bénéficier de cette garantie, l'état de P.T.I.A de l'assuré doit être consolidé avant la date de fin des garanties telle que mentionnée à l'Article 3.3.

Le paiement du capital met fin à l'ensemble des garanties de l'assuré.

L'état de P.T.I.A de l'assuré est apprécié et reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur après étude des pièces reçues ou peut être constaté par le médecin expert que nous mandats selon la procédure prévue à l'article 7.6, sans suivre les décisions de la Sécurité Sociale ou autres organismes assimilés.

5.3 GARANTIE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) ET INVALIDITE PARTIELLE OU TOTALE (I.P.T./I.P.P.)

Pour l'ensemble des garanties décrites ci-dessous, les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur. En outre, votre état d'I.T.T., I.P.T. ou I.P.P peut être constaté par le médecin expert mandaté par l'Assureur.

Vous pouvez souscrire au titre des garanties IPT, ITT, IPP avec au choix l'une des franchises suivantes :

- Pour les résidents en France Métropolitaine :
 - o 30 jours,
 - o 60 jours,
 - o 90 jours,
 - o 120 jours ou
 - o 180 jours.

- Pour les résidents de la Guadeloupe, de la Réunion, de la Martinique ou de la Guyane :
 - o 90 jours,
 - o 120 jours ou
 - o 180 jours.

5.3.1 Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

À l'issue du délai de franchise tel que mentionné au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, l'Assureur garantit le paiement des échéances du prêt à la quotité assurée, dans la limite du montant d'échéance figurant au certificat d'adhésion ou le cas échéant de l'avenant en vigueur. La prise en charge des mensualités garanties s'applique pendant la durée de l'incapacité de travail et au prorata de la durée de cette incapacité

Tant que l'état d'incapacité temporaire totale perdure, le versement des prestations s'effectue jusqu'à la date de consolidation de l'état de santé, constatée par expertise médicale, dans la limite de 1095 jours de prise en charge. Il cesse en tout état de cause, à la date de fin des garanties et/ou des prestations mentionnée à l'Article 3.3.

En outre, en cas de reprise du travail à temps partiel autorisée par le corps médical, l'assureur garantit le paiement de 50 % de l'échéance de remboursement de prêt exigible multipliée par la quotité assurée. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

En cas de rechute vous plaçant à nouveau en état d'ITT pour les mêmes raisons médicales que celles de l'ITT initiale dans les 60 jours qui suivent la reprise du travail, et si vous avez été pris en charge par l'Assureur au titre de la précédente ITT, il ne sera pas appliqué une nouvelle fois la franchise.

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

Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé, l'Assurée était indemnisée par l'Assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'Assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties I.T.T., I.P.T. et I.P.P.

5.3.2 Garantie en cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP, IPT)

L'Assureur garantit, en fonction du taux d'invalidité, le paiement partiel ou total de l'échéance de prêt à la quotité assurée, dans la limite du montant d'échéance figurant au certificat d'adhésion ou le cas échéant de l'avenant en vigueur. La prise en charge des mensualités garanties s'applique pendant la durée de l'invalidité et au prorata de sa durée.

Le taux d'invalidité permanente est déterminé par le Médecin conseil de l'Assureur, sur la base du tableau croisé ci-après, en fonction :

- Du taux d'invalidité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun du concours médical, en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité Permanente, en dehors de toute considération professionnelle
- Du taux d'invalidité professionnelle, appréciée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession.

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10%	10%	16%	21%	25%	29%	33%	37%	40%	43%	46%
20%	13%	20%	26%	32%	37%	42%	46%	50%	54%	58%
30%	14%	23%	30%	36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40%	16%	25%	33%	40%	46%	52%	58%	63%	69%	74%
50%	17%	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60%	18%	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70%	19%	30%	40%	48%	56%	63%	70%	76%	83%	89%
80%	20%	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	86%	93%
90%	21%	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	96%
100%	22%	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

-  Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle
-  Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Pour les assurés sans activité professionnelle au moment d'un sinistre, seul le taux d'invalidité fonctionnel sera retenu.

La consolidation de l'état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle doit intervenir avant la date de fin mentionnée à l'Article 3.3 et dans le cadre de l'option figurant à votre certificat d'adhésion ou à l'avenant en vigueur au jour du sinistre le cas échéant.

L'Invalidité Permanente est totale lorsque le taux d'invalidité reconnu par l'Assureur est supérieur à 66 %. Dans ce cas, l'Assureur verse le montant de l'échéance de prêt à la quotité assurée, dans la limite du montant d'échéance figurant au certificat d'adhésion ou le cas échéant de l'avenant en vigueur.

L'Invalidité Permanente est partielle lorsque le taux d'invalidité reconnu par l'assureur est compris entre 33 % et 66 %. Dans ce cas, l'assureur verse le montant indemnisé en cas d'IPT multipliée par le taux de prise en charge défini comme suit : taux de prise en charge = (taux d'invalidité - 33) / 66.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %.

5.3.3 Option IPT en capital

L'Invalidité Permanente Totale est considérée comme telle lorsque le taux d'invalidité reconnu par l'Assureur est supérieur à 66 %, selon les critères définis ci-dessus.

Si vous avez souscrits l'option IPT en capital, l'Assureur verse le Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'Assureur, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Le versement sous forme de capital en cas d'IPT met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au

titre de l'IPT soit égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA.

Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée au titre de la garantie Décès/PTIA, l'Assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA, pour un montant égal au Capital Restant Dû multiplié par la Quotité assurée Décès/PTIA, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'IPT.

Dans tous les cas, ne sont pas pris en compte dans la prestation :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'Assureur au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de prêts ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les prêts à taux zéro,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts
- de retard appliqués par le Prêteur,
- le remboursement du capital pour les prêts relais et les prêts in fine,

5.3.4 Cas particulier des cautions

Pour ce qui concerne les cautions, en cas d'I.T.T. ou d'I.P.T., le montant des prestations n'est servi que dans la mesure où la caution a été appelée en garantie et a effectué des paiements à l'organisme prêteur au cours des 3 mois précédant la date de survenance de l'incapacité de travail et tant que le débiteur principal reste insolvable.

5.4 GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS (GIS)

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie Invalidité spécifique peut être étudiée et proposée, sous réserve d'acceptation médicale. Il ne s'agit pas d'une option et en aucun cas vous ne pouvez solliciter directement cette garantie.

L'Assureur garantit en fonction du taux d'invalidité, le paiement total de l'échéance de prêt à la quotité assurée, dans la limite du montant d'échéance figurant au certificat d'adhésion ou le cas échéant de l'avenant en vigueur. La prise en charge des mensualités garanties s'applique pendant la durée de l'invalidité et au prorata de sa durée.

Le taux d'invalidité spécifique AERAS est déterminé par le Médecin conseil de l'Assureur, sur la base de :

- votre invalidité professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- votre invalidité fonctionnelle dont le taux est apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion ne seront pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour les garanties Invalidité Permanente Totale. La date de début de versement des prestations est la date de la reconnaissance par le médecin de l'Assureur de votre état d'invalidité.

Le paiement des prestations cesse :

- si vous ne transmettez pas les justificatifs requis par l'Assureur pour la poursuite de l'indemnisation,
- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- dès que votre taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ou que suite à un contrôle médical initié par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle, même partielle.

5.5 Garantie en cas d'Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro)

Cette garantie peut être souscrite exclusivement par les Assurés exerçant l'une des professions suivantes en tant que libéral, inscrit à l'ordre de sa profession, et si le prêt objet de l'assurance est un prêt professionnel :

- médecin,
- chirurgien,
- dentiste,
- sage-femme,
- pharmacien,
- kinésithérapeute,
- ostéopathe
- vétérinaire

L'Assureur garantit, si vous êtes en incapacité totale et définitive d'exercer votre profession ci-dessus définie, le paiement du capital restant dû à la quotité assurée au jour de la reconnaissance de l'état d'IPPro par l'Assureur, dans la limite du montant figurant au certificat d'adhésion ou le cas échéant de l'avenant en vigueur.

Concernant les prêts achat-revente, si l'Assuré est reconnu en état d'IPPRO avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'Emprunteur, le versement est effectué sur la base du capital restant dû déduction faite de ce remboursement.

Le paiement des prestations est soumis, à la date du Sinistre, à l'exercice, à temps plein, d'une profession médicale, paramédicale ou vétérinaire citée ci-dessus.

5.6 EXONERATION

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

Pendant toute la période de prise en charge des échéances par l'assureur en cas d'ITT, d'IPP, d'IPT ou d'IS AERAS, l'Assuré est exonéré du paiement des cotisations relatives à ces garanties.

L'Assureur remboursera les cotisations relatives aux garanties ITT, IPP/IPT et IS AERAS au-delà du délai de franchise indiqué au certificat d'adhésion ou à ses avenants éventuels, pendant toute la durée de prise en charge des échéances de ces garanties

5.7 ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Dans tous les cas, y compris si le décès a lieu hors de France, le décès doit être constaté par une autorité légale (Ambassade ou Consulat) de l'Union européenne.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale faite par un médecin établi en France. Pour les non-résidents français ou en cas d'impossibilité totale de l'assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin mandaté par l'Assureur. Les frais de déplacement de l'expert restent à la charge de l'assuré.

5.8 EXCLUSIONS

Les garanties sont accordées sous réserve des limites et exclusions suivantes :

Pour la garantie décès :

Le suicide pendant les douze mois qui suivent l'adhésion, sauf pour les prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite de 120 000 euros,

Pour les garanties P.T.I.A., I.T.T. et I.P.T. :

Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou les conséquences de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,

Pour les garanties I.T.T. et I.P.T. :

- l'usage de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou à dose non prescrite par une autorité médicale, ou obtenus frauduleusement ;
- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une maladie ou un accident garanti au contrat ;
- les séjours, hospitalisations, interventions et cures lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une maladie ou d'un accident couvert par le contrat.
- Le versement des prestations est suspendu durant le Congé légal de maternité de l'Assurée, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'Assurée ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties du contrat entreront en vigueur à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'assurée ait été indemnisée pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Pour toutes les garanties : exclusions non rachetables

- les conséquences directes ou indirectes d'explosion, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité,
- les faits de guerres étrangères ou civiles, des participations actives de l'assuré à des émeutes, rixes, actes de terrorisme, insurrection, attentat, crime, délit, mouvement populaire, étant précisé que les actes de légitime défense et assistance à personne en danger sont garantis,
- les accidents résultant de la participation à des compétitions, raids, démonstrations acrobatiques, voltige, tentatives de records, exhibitions, vols d'essai ou vols en prototype.
- Les accidents résultant de la pratique de sports non représentés par une fédération française agréée par le Ministère des Sports français
- Les accidents dus à la pratique du base jump, du sky flying, ou du sky surfing, du zorbing, ou du saut à l'élastique.
- La conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la Route français, ou du pays où a lieu l'accident si le taux d'alcool maximum autorisé par la réglementation locale est plus faible
- Les conséquences de l'usage de stupéfiants et/ou de drogues
- les vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité, ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide

- Les suites et conséquences d'affections, accidents et infirmités, ayant fait l'objet d'une exclusion spécifique et explicite dans le bon pour accord que vous avez signé, ou non déclarées au questionnaire de santé alors que la question vous était posée.

Pour toutes les garanties : exclusions rachetables

- les accidents dus à la pratique de tout sport aérien (à voile, à moteur ou à aile),
- les accidents dus à la pratique de tout sport nécessitant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, ou d'une embarcation à moteur,
- les accidents résultant des sports fluviaux
- les accidents dus à tout sport et activité de montagne au-delà de 2500 mètres d'altitude, excepté le ski et le surf des neiges pratiqués sur piste balisée
- les accidents dus à la pratique de VTT de descente, bicross, freeride,
- les accidents résultant de la pratique de sports à titre professionnel ou sponsorisée

Néanmoins, les baptêmes ou initiations des sports rachetables mentionnés ci-dessus, encadrés par un professionnel habilité, sont couverts

Les exclusions rachetables sont précisées dans le Bon pour Accord.

En outre, les risques répertoriés ci-dessus peuvent être assurés moyennant des conditions spécifiques.

ARTICLE VI COTISATIONS

6.1 COTISATION

Les cotisations sont fixées notamment en fonction du capital emprunté, de votre âge atteint, de votre activité professionnelle, de votre qualité de fumeur ou non, des caractéristiques du prêt et des quotités choisies pour chacune des garanties. Elles sont calculées sur la base de ce que vous avez déclaré sur la demande d'adhésion.

L'âge atteint est déterminé par différence exacte entre la date de tarification et votre date de naissance. En cas d'erreur dans l'indication de votre date de naissance, l'ajustement nécessaire sera fait conformément à l'article L. 223-25 du Code de la mutualité. Le montant de la cotisation, sa durée et son échéance de prélèvement figurent au certificat d'adhésion.

Une prise en charge au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T) ou de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T), de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), de l'Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) et, le cas échéant, de la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne suspend pas votre obligation de paiement de vos cotisations d'assurance, même si elles vous sont remboursées ultérieurement.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article 3.3, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

6.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhérent doit s'acquitter des cotisations selon l'échéancier annexé au certificat d'adhésion. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du prêt.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date d'échéance de son prélèvement, l'Assureur vous adresse, à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée vous informant que le contrat sera résilié dans un délai de 40 jours après la notification de cette lettre si la cotisation est toujours impayée à l'issue de ce délai (article L. 221-8 du Code de la mutualité). Vous resterez alors débiteur des cotisations dues et des frais liés à la gestion de ces impayés.

ARTICLE VII PRESTATIONS

La déclaration de sinistre au titre des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) doit intervenir le plus tôt possible et au plus tard dans les 2 ans à compter de la date de l'évènement. Passé ce délai, si votre déclaration tardive venait à causer un préjudice à l'Assureur, vous (ou vos ayants droits) seriez alors déchu de vos droits.

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T), Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), Invalidité Permanente Professionnelle (IPPro) ou Invalidité Spécifique AERAS doit intervenir dans les 180 jours qui suivent le premier jour d'arrêt. Toute prolongation d'incapacité de travail doit être déclarée dans les 30 jours.

Passés ces délais les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

Quelle que soit la garantie à mettre en jeu, le sinistre doit être déclaré directement à FOREVER.

Le médecin conseil de l'Assureur pourra demander à l'Assuré, ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. Les documents médicaux peuvent être transmis à l'adresse du médecin conseil de l'Assureur, FOREVER, 73 Rue du Château 92100 Boulogne-Billancourt

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ou ses ayants droit, devra obligatoirement communiquer à l'Assureur tous les documents (rédigés en français) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge).

7.1 PLURALITE D'ASSURES SUR UN MEME PRET

L'Assureur limite ses garanties au montant des prestations qui seraient dues pour un Assuré avec une quotité de 100%, en cas de sinistre atteignant en même temps plusieurs Assurés pour un même financement.

7.2 FORMALITES EN CAS DE DECES

Les règlements seront effectués au bénéficiaire du contrat désigné au certificat d'adhésion après réception des justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier, sur les circonstances du décès et ses causes :

- la copie intégrale de l'acte de décès
- le certificat médical fourni par l'Assureur, indiquant la cause du décès et autres précisions nécessaires, complété et signé par le médecin traitant de l'assuré, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- l'intégralité du procès-verbal de police en cas de mort non naturelle,
- le tableau d'amortissement au jour du décès, et une attestation de l'organisme prêteur indiquant le montant restant dû au jour du décès,
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification du décès.

7.3 FORMALITES EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Les sommes dues sont versées après instruction du dossier sur présentation des pièces suivantes :

- un certificat médical fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant de l'assuré
- documents établissant la preuve de la P.T.I.A.
- le tableau d'amortissement du prêt concerné au jour de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- toutes pièces nécessaires demandées pour justifier l'état de P.T.I.A.

7.4 FORMALITES EN CAS D'INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

Les sommes dues sont versées après instruction du dossier sur présentation des pièces suivantes :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- si vous êtes salarié, la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 2ème (deuxième) catégorie de la Sécurité sociale,
- si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, la copie de la notification d'attribution d'une mise à la retraite pour invalidité, d'une mise en congé longue durée (CLD) ou de la perception, d'une pension d'invalidité (civile ou retraite anticipée),
- si vous êtes travailleur non salarié, la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité totale et définitive,
- le tableau d'amortissement au jour de l'invalidité spécifique AERAS.
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

7.5 FORMALITES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, D'INVALIDITE PARTIELLE OU TOTALE OU D'INVALIDITE PERMANENTE PROFESSIONNELLE

- l'attestation médicale fournie par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant,
- le questionnaire arrêt de travail fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par l'Assuré
- des pièces justificatives de l'incapacité de travail, de l'invalidité et éventuellement de l'hospitalisation ;
- en cas de rechute, un certificat médical établi par votre médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même maladie que celle ayant engendrée le sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité Sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont vous dépendez,
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente,
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail,
- le tableau d'amortissement au jour de l'arrêt de travail
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

Les pièces émanant de la Sécurité sociale ou d'organismes similaires ne nous engagent pas. En cours de sinistre, nous pourrions solliciter le renouvellement de certaines formalités pour poursuivre l'indemnisation. En cas de sinistre survenu hors de France métropolitaine ou DOM, nous nous réservons le droit de solliciter votre retour en France métropolitaine ou en Guadeloupe, Martinique ou Ile de la Réunion pour constater votre état.

7.6 CONTROLE ET EXPERTISE MEDICAUX, ARBITRAGE

Le médecin conseil de l'Assureur peut à tout moment procéder à un contrôle médical en demandant toutes pièces qu'il estimera nécessaire que cela soit au moment de la mise en jeu d'une des garanties ou en cours de prise en charge.

En outre, l'Assureur peut à tout moment diligenter un médecin pour procéder à une expertise médicale relative à la demande ou au maintien des prestations. De même, il peut diligenter une enquête pour déterminer les origines du décès de l'assuré.

En cas d'Accident ou de maladie hors de France métropolitaine, vous êtes tenu de faire élection de votre domicile en France métropolitaine pour toute constatation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

Les prestations ne sont pas dues si vous refusez de vous soumettre à l'expertise ou si l'expertise révèle que les conditions prévues par les garanties ne sont pas ou plus réunies.

En cas de désaccord de l'assuré ou des ayants-droit sur les conclusions du médecin expert que nous avons mandaté, ce ou ces derniers désigne(nt) un médecin pour donner son avis. Une expertise commune est alors organisée. Si les médecins désignés ne sont pas d'accord, ils s'en adjoignent un troisième. Les trois médecins opèrent en commun à la majorité des voix.

A défaut d'entente entre les médecins pour en désigner un troisième, celui-ci sera choisi, à la requête la plus diligente, par le président du Tribunal Judiciaire de votre domicile. Chacune des parties supporte les honoraires et frais du médecin qu'elle a désigné et supportera par moitié ceux du troisième.

Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours.

Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à l'Assureur et à l'Assuré.

ARTICLE VIII DISPOSITIONS GENERALES

8.1 RENONCIATION

Quel que soit le mode de vente du contrat

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans les 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'Assuré est informé que le contrat est conclu.

L'Assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

En cas de vente à distance

L'assuré a la faculté de renoncer à l'assurance dans un délai de 14 jours calendaires suivant la date de signature du contrat. En cas de demande expresse de l'assuré d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, l'assureur procédera au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dans les deux cas

La renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée ou envoi recommandé avec accusé de réception par exemple selon le modèle de lettre ci-dessous :

« Nom et prénom : / Adresse : / N° du contrat : / Montant de la cotisation déjà prélevée / Date du prélèvement : / Mode de paiement
Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance souscrit auprès d'AESIO mutuelle, que j'ai conclue le _____.

Fait à _____, le _____. Signature”.

Cette lettre doit être adressée FOREVER Service Gestion : 14 rue Pierre Gilles de Gennes - CS40412 - 76137 MONT SAINT AIGNAN Cedex

8.2 RECLAMATIONS - MEDIATION

Pour toutes contestations ou réclamations relatives à votre adhésion (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil), vous pouvez contacter MAGNOLIA WEB ASSURANCES :

par courrier à l'adresse : MAGNOLIA WEB ASSURANCES, Service de traitement des réclamations, 73 Rue du Château 92100 Boulogne-Billancourt par email : reclamation@magnolia.fr.

Pour toute autre réclamation, vous pouvez formuler une réclamation auprès de FOREVER :

- Par courrier ou par mail

FOREVER
SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS OFFRE KALA EMPRUNTEUR
14 rue Pierre Gilles de Gennes 76130 Mont Saint Aignan
reclamation@easyforever.fr

FOREVER traitera toute réclamation portant sur la gestion de l'adhésion ou d'un sinistre.

Le destinataire de la réclamation (MAGNOLIA WEB ASSURANCES ou FOREVER) s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à y apporter une réponse au maximum dans les 2 (deux) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont vous serez alors informé).

En cas de désaccord avec l'Assureur, l'assuré et ses ayants droit peuvent avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de l'Assureur. Elle doit être introduite dans un délai d'un an après la réclamation écrite. A cet effet, l'assuré peut prendre contact avec le Médiateur via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>

8.3 PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, reproduits ci-après :

Article L221–11 du Code de la Mutualité (prescription) :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance.

2) En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle ou l'Union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci ».

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droits de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2), les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L221-12 (interruption de la prescription) du Code de la Mutualité :

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L221-12 du Code de la Mutualité sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil.

8.4 SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, nous pouvons exercer un recours conformément aux dispositions légales, à concurrence des prestations et indemnités versées.

8.5 AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

8.6 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'Assureur, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du assuré et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'assuré ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance emprunteur ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins de l'assuré et de ses ayants droit ;

- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des assurés et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant et concernant ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données de l'assuré et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de l'Assureur, ainsi que des tiers autorisés par l'Assureur, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion (FOREVER), les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. L'Assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

L'assuré est informé que l'Assureur peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, l'Assureur met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

L'Assureur est susceptible de traiter des données personnelles de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 2016 (dit « RGPD »), les assurés et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post mortem de ces données. Les assurés et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite. Ces droits peuvent être exercés à tout moment par l'assuré et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : FOREVER – SERVICE GESTION 120 AVENUE DU GENERAL LECLERC – CS 10029 - 75680 PARIS CEDEX 14,
- par mail à l'adresse suivante : dpo@magnolia.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

L'assuré et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr »

8.7 LOI APPLICABLE

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. L'Assuré a reconnu 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 tribunaux de Paris.

8.8 MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le Contrat est de plein droit applicable à la date de son entrée en vigueur