



ASSURANCE EMPRUNTEURS

PRÉVI-CRÉDITS 2

MAI 2018

Sommaire

Notice

Contrat d'assurance de groupe des emprunteurs N° 5027 p. 3

Garanties p. 4
Garantie optionnelle pour les salariés - Assurance Perte d'Emploi p. 13

Informations complémentaires non contractuelles p. 18

Document d'information AERAS p. 18
(s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)
à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance
relatif au remboursement d'un emprunt

Lexique p. 19

Notice

Le contrat Prévi-Crédits 2 est un contrat d'assurance de groupe n°5027 souscrit par le Crédit Mutuel Arkéa - SA coopérative de crédit à capital variable et de courtage d'assurances - 1, rue Louis Lichou - 29480 Le Relecq-Kerhuon. Siren 775 577 018 RCS Brest. Orias 07 025 585 pour son compte, pour le compte de l'ensemble des Caisses de Crédit Mutuel rattachées aux Fédérations du Crédit Mutuel de Bretagne, du Crédit Mutuel du Sud-Ouest et du Crédit Mutuel du Massif Central ainsi que pour le compte de Arkéa crédit Bail et de Federal Finance, ci-après dénommé "le souscripteur",

- auprès de SURAVENIR, Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 440 000 000 euros. Société mixte régie par le Code des assurances. Siren 330 033 127 RCS Brest. Siège social : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 (pour les garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) + Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT) + Invalidité Spécifique AERAS (IS) + Incapacité Professionnelle (IP)),

- auprès de SURAVENIR ASSURANCES, Société anonyme au capital entièrement libéré de 38 265 920 euros. Siège social : 2, rue Vasco de Gama - Saint-Herblain - 44931 Nantes cedex 9. RCS Nantes 343 142 659 (pour la garantie Perte d'Emploi).

SURAVENIR et SURAVENIR ASSURANCES sont des entreprises régies par le Code des assurances et sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9), ci-après dénommées "l'assureur".

Ce contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches 1, 2, 20 (accident, maladie, vie-décès) et 16 (pertes pécuniaires).

Pour les crédits professionnels, ce contrat d'assurance de groupe, et notamment les droits et les obligations de l'adhérent, peuvent être modifiés par accord entre le souscripteur et l'assureur en cours de vie du contrat. Il appartiendra, dans tous les cas, au souscripteur d'en informer les adhérents trois mois au minimum avant la date de leur entrée en vigueur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception envoyés à l'adresse suivante : Suravenir - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. La dénonciation peut être faite suivant le modèle de rédaction suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent) refuse les modifications opérées sur le contrat d'assurance de groupe n°5027 et en conséquence demande la résiliation de mon contrat. Je reconnais que ma demande met un terme définitif à mon contrat".* Date et signature. Les contrats d'assurance garantissant des crédits à la consommation et des crédits immobiliers ne peuvent être modifiés sans l'accord de l'assuré.

En cas de résiliation du contrat souscrit par le souscripteur auprès de l'assureur, que celle-ci soit à l'initiative du souscripteur ou de l'assureur ou en cas de dissolution du souscripteur quelle qu'en soit la cause, le contrat se poursuivra de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat. Aucune adhésion nouvelle ne sera plus acceptée.

La présente notice est applicable à compter du 25 mai 2018.

Garanties :

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Professionnelle

① Objet du contrat

OPTION "STANDARD" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

OPTION "PROFESSIONNELLE" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale. Cette option est réservée aux professionnels non salariés.

OPTION "ENSEIGNANTS" : en choisissant cette option, l'emprunteur se garantit contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans les conditions définies au point 7.2. Les présentes conditions ne sont applicables qu'aux prêts immobiliers accordés aux emprunteurs de la Caisse du Crédit Mutuel Enseignants. Cette option est réservée aux personnels enseignants et leurs co-emprunteurs, sous réserve qu'ils exercent une activité salariée. Le bénéficiaire de l'adhésion est l'organisme de crédit.

② Conditions d'adhésion

Vous pouvez être assuré si vous êtes emprunteur, co-emprunteur, caution, et plus généralement si vous avez un lien avec une opération de crédit ; toutefois, en cas d'assurances sur plusieurs têtes, les sommes dues par l'assureur sont toujours limitées au montant des engagements de l'emprunteur principal.

Vous devez être âgé de **plus de 18 ans et de moins de 65 ans** à la date de l'adhésion à l'assurance.

Pour pouvoir adhérer, vous devez avoir votre résidence principale en France.

Si vous avez entre **65 ans et moins de 75 ans** à la date de l'adhésion à l'assurance, vous pouvez adhérer à la garantie Décès seul (couverture "Seniors" de l'option "STANDARD"). Dans ce cas, la somme des montants à assurer est limitée à **150 000 euros**. Par ailleurs, le cumul de ces montants et des capitaux précédemment assurés encore sous garantie (adhésions antérieures à 65 ans) ne peut dépasser 200 000 euros.

Dans le cadre des contrats Illico pro/agri, le cumul des montants à assurer et des capitaux précédemment assurés encore sous garantie ne peut dépasser 100 000 euros.

Dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE", pour pouvoir bénéficier des garanties Incapacité Professionnelle et Invalidité Permanente Partielle ou Totale, vous devez être âgé de **plus de 18 ans et de moins de 60 ans** à la date d'adhésion à l'assurance et exercer une activité professionnelle.

À NOTER

- Dans le cadre des contrats commercialisés via le Web, le montant maximum des prêts assurés est de 25 000 euros en garantie d'un crédit à la consommation et de 300 000 euros en garantie d'un crédit immobilier.
- Dans le cadre des contrats Illico Pro/Agri, le montant maximum des prêts assurés est de 90 000 euros.

③ Risques garantis

OPTION "STANDARD"

• **Couverture "Sécurité"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

• **Couverture "Confort"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

• **Couverture "Tranquillité"** : Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, à l'exclusion des pathologies du rachis cervico-dorso-lombaire, des psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés, ne donnant pas lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à cinq jours.

• **Couverture "Seniors"** : Décès pour les adhérents de plus de 65 ans et de moins de 75 ans.

OPTION "PROFESSIONNELLE"

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale.

OPTION "ENSEIGNANTS"

Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail.

Dans le cadre de la convention AERAS, la garantie IS AERAS, sera automatiquement appliquée dès lors que les garanties ITT, IPP/IPT et IP auront été acceptées avec exclusion(s). Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers (hors option "ENSEIGNANTS") et professionnels.

3.1 Le Décès

Le contrat Prévi-Crédits 2 couvre le décès quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion toutefois du décès résultant d'un événement prévu au paragraphe 8 ci-après.

3.2 La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'adhérent qui est reconnu comme étant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.

3.3 L'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Est en Incapacité Temporaire Totale de travail l'adhérent qui, par suite de maladie ou d'accident, est contraint d'interrompre totalement et temporairement son activité professionnelle ou toute occupation lui procurant gain ou profit. **Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'adhérent doit exercer une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non) au jour du sinistre.** L'état d'ITT doit être constaté médicalement et cesse au jour de la consolidation de l'état de santé de l'adhérent et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

3.4 L'Incapacité Professionnelle (IP), dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE"

Est en Incapacité Professionnelle l'adhérent qui, par suite de maladie ou d'accident, est dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Le taux d'incapacité professionnelle sera fixé par expertise médicale dans les conditions définies au paragraphe 7.2.3.

3.5 L'Invalidité Permanente Partielle ou Totale (IPP/IPT)

L'Invalidité se définit comme un état de réduction permanente des aptitudes de l'adhérent à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'ITT ou l'IP.

Les taux d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité Permanente Totale, sont appréciés par expertise médicale.

3.6 L'Invalidité Spécifique AERAS (IS AERAS)

La garantie IS AERAS correspond à une incapacité fonctionnelle d'au moins 70 % couplée à une incapacité professionnelle, dont les modalités d'appréciation sont définies au paragraphe 7.2.3. Elle doit être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle.

ATTENTION : la détermination de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, de l'Incapacité Professionnelle et de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale par l'assureur sera indépendante des décisions du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme.

3.7 Cas particuliers

- L'option "PROFESSIONNELLE" n'est pas accessible pour les contrats "Clé-Mat", "Illico Pro", "Illico Agri", les crédits renouvelables, les autorisations de découvert, les prêts études et ceux commercialisés via le Web.
- L'option "ENSEIGNANTS" n'est pas accessible pour les contrats "Clé-Mat", "Illico Pro", "Illico Agri" et ceux commercialisés via le Web. Dans le cadre de cette option, le co-emprunteur ne pourra être assuré en Incapacité Temporaire Totale de travail que s'il exerce une activité salariée.
- Pour le contrat renouvelable "MonRythme", les contrats "Illico Pro" et "Illico Agri":
 - la couverture "Seniors" de l'option "STANDARD" n'est pas accessible,
 - seuls les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie peuvent être assurés.
- Pour les contrats "Clé-Mat" d'un montant inférieur à 100 000 euros, sans formalités médicales, seuls les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pourront être assurés.
- Pour les contrats commercialisés via le Web, seules les couvertures "Sécurité" et "Confort" au sein de l'option "STANDARD" sont accessibles.

4 Formalités d'adhésion

L'emprunteur doit renseigner et signer la demande d'adhésion au contrat d'assurance et se soumettre aux formalités médicales le concernant.

L'article L. 113-8 du Code des assurances précise que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'emprunteur doit faire preuve de la plus grande sincérité et exactitude dans les réponses apportées à la déclaration de santé ou aux questionnaires de santé qui peuvent être complétés en ligne ou adressés directement au Médecin Conseil de la société SURAVENIR dans une enveloppe comportant la mention "CONFIDENTIEL MÉDICAL". La durée de validité de la déclaration de santé ou des questionnaires de santé est de 4 mois. Au-delà de ce délai, l'emprunteur devra compléter une nouvelle déclaration de santé ou un nouveau questionnaire de santé.

L'assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus du risque soumis, dans les conditions énoncées au point 5.

L'assureur se réserve le droit de demander tout complément d'information qu'il jugera nécessaire à l'étude du dossier.

5 Durée et prise d'effet des garanties

5.1 Dès que l'emprunteur a rempli et signé sa demande d'adhésion et sous réserve de son acceptation par l'assureur formalisée dans un certificat de garantie, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de crédit pour les prêts assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,
- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,
- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt pour les prêts "Illico Pro/Agri", et de la signature de ce même contrat par l'organisme de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur de la demande d'adhésion valant certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet.

En tout état de cause, les garanties ne prendront effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

Toutefois, une garantie "décès accidentel" est accordée à compter de la date de signature de la demande d'adhésion sous réserve qu'une demande de prêt ait été formalisée auprès du prêteur. Elle est égale au montant emprunté multiplié par la quotité d'assurance choisie dans la demande d'adhésion dans la limite de 300 000 euros. Le capital assuré dans le cadre de cette garantie est versé au prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues. Le surplus éventuel est versé au co-emprunteur, à défaut au conjoint de l'assuré, non séparé de corps à la date du décès ou à la personne avec laquelle il a conclu un PACS en vigueur à la date du décès, à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, y compris les légataires universels. Cette couverture cesse en tout état de cause à la date de prise d'effet des garanties ou en cas de refus ou d'ajournement de l'adhésion par l'assureur, et au plus tard 2 mois après la date de signature de la demande d'adhésion.

L'assureur se réserve la possibilité de notifier à l'emprunteur des conditions d'acceptation à l'assurance avec réserves, exclusions ou majoration de cotisations.

La décision pourra être ajournée. Dans ce cas, l'intéressé pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué. Dans l'attente, il n'est pas couvert par l'assurance.

L'assureur peut également refuser la demande d'adhésion qui lui est présentée.

5.2 Le certificat de garantie remis à l'adhérent devra être signé par ses soins dans un délai maximum de quatre mois, la date limite figurant sur ce certificat de garantie. À défaut, en cas de refus ou de non réponse de l'adhérent dans ce délai de 4 mois, l'adhésion à l'assurance ne pourra prendre effet, et il sera nécessaire d'effectuer une nouvelle demande d'adhésion.

ATTENTION : l'adhérent devra signaler à l'assureur toute modification de son état de santé pouvant intervenir entre la date de signature de la déclaration d'état de santé et la date de signature du certificat de garantie.

CAS PARTICULIER

Si le prêt à assurer est un crédit renouvelable, la date d'effet retenue est la date de signature par l'adhérent du certificat de garantie.

5.3 Pour les adhésions en cours de prêt : les garanties prennent effet à la date d'acceptation du certificat de garantie par l'adhérent, notifiant les conditions d'acceptation à l'assureur, sous réserve de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

5.4 Toute modification des garanties prendra effet à la date de signature par l'adhérent de l'avenant correspondant.

5.5 Pour les prêts "Clé-Mat"

5.5.1 Pour les prêts "Clé-Mat" d'un montant inférieur à 100 000 euros, sans formalités médicales, le contrat d'assurance est formé et les garanties prennent effet le jour de la signature de la demande d'adhésion au contrat d'assurance, figurant dans la demande de prêt valant contrat.

5.5.2 Pour les prêts "Clé-Mat" d'un montant supérieur ou égal à 100 000 euros ou si l'emprunteur souhaite choisir d'autres garanties que les garanties Décès et PTIA, avec formalités médicales, les garanties prennent effet à la date de signature du certificat de garantie par l'emprunteur et au plus tôt, à la date de signature du contrat de crédit.

6 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'extinction normale ou anticipée de l'opération de crédit ou,
- à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties ou,
- en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions définies au point 13, ou,
- en cas de résiliation de l'assurance par l'assuré, ou
- le jour où l'assuré admis comme représentant ou associé d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
- 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,
- et au plus tard :

• Pour le risque décès :

- le 31 décembre de l'année du 75^e anniversaire de l'assuré pour les assurés âgés de moins de 65 ans à l'adhésion,
- pour les assurés âgés de 65 ans ou plus et de moins de 75 ans à l'adhésion dans le cadre de la couverture "Seniors" de l'option "STANDARD", la garantie décès cesse **au plus tard 10 ans** après sa date d'effet et en tout état de cause le 31 décembre de l'année du 80^e anniversaire de l'assuré.

• **Pour le risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :** le 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'assuré.

• **Pour les risques Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS :** à la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire quelle qu'en soit la cause, et au plus tard au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'assuré.

• **Pour le risque Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE" :**

- le 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'assuré, ou
- après 1 080 jours d'indemnisation. Dans ce dernier cas, l'assuré pourra être garanti au titre d'une Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou, le cas échéant, d'une Invalidité Spécifique AERAS, dans les conditions précisées à l'article 7.2.

PARTICULARITÉ : lorsque les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Invalidité Spécifique AERAS cessent, l'intégralité de la cotisation payée par l'adhérent est affectée à la couverture de la garantie décès.

CAS PARTICULIERS :

- pour les crédits renouvelables les garanties ITT, IP, IPP ou IPT cessent après 1 080 jours d'indemnisation, consécutifs ou non,
- pour les crédits "Illico Pro/Agri", les garanties cessent au plus tard 7 ans après la signature de l'offre de prêt.

7 Garanties et prestations associées

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.

7.1 En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assureur garantit le paiement par anticipation du capital restant dû à l'organisme de crédit au jour du décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, tel que défini sur le tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour du sinistre, multiplié par la quotité demandée à l'adhésion.

En tout état de cause, le montant pris en charge ne pourra excéder le montant nominal assuré à la date d'adhésion.

Le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

CAS PARTICULIERS :

- en cas de décès de l'assuré postérieurement à la date d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués, l'assureur prendra en charge le montant du capital assuré sous réserve que l'opération pour laquelle le prêt était consenti soit effectivement réalisée,
- pour les crédits renouvelables, l'assureur prend en charge le capital assuré restant dû sur le solde existant au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- lorsque l'adhérent décède alors qu'il était indemnisé au titre de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale, ou de l'IS AERAS, c'est le capital assuré restant dû sur l'utilisation en cours d'indemnisation qui est versé. En cas de Décès consécutif à une ITT ou IPP/IPT non indemnisée par l'assureur, les débloquages de fonds effectués entre la date de début de l'ITT et la date du Décès ne sont pas pris en charge,
- pour les "DÉCOUVERTS", la garantie porte sur le solde débiteur assuré du compte au jour du Décès ou de la reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Ne sont pas prises en charge par l'assurance les opérations déjà engagées mais non encore débitées.

7.2 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale, ou d'Invalidité Spécifique AERAS :

7.2.1 À l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, l'assureur verse tout ou partie du montant assuré de l'échéance de remboursement du prêt exigible en fonction du nombre total et ininterrompu de jours d'arrêt de travail ou d'activité excédant la période de franchise.

Dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", à l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, et dès lors que l'adhérent justifie d'une perte de revenu professionnel nette supérieure à 5 %, l'assureur verse tout ou partie du montant assuré de l'échéance de remboursement du prêt exigible, en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail total et ininterrompu excédant la période de franchise.

Le montant assuré de l'échéance correspond à la quotité demandée à l'adhésion pour la garantie concernée multipliée par l'échéance.

Dans le cadre des contrats commercialisés via le Web, la quotité assurée est de 100 %.

Le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Incapacité Professionnelle, le versement des prestations s'effectue tant que la consolidation de l'état de santé n'est pas constatée médicalement. En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, la prise en charge sera, en tout état de cause, limitée à une durée maximale de 1 095 jours.

L'indemnisation cesse de plein droit du seul fait de la reprise, même partielle, de tout travail ou de toute occupation procurant gain ou profit à l'adhérent.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS, ne sera pas prise en compte.

En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant la période d'arrêt de travail, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

Pendant toute la durée de prise en charge des échéances par l'assureur en cas de sinistres Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou Invalidité Spécifique AERAS l'assureur remboursera les cotisations relatives à ces garanties au-delà du délai de FRANCHISE défini au point 7.2.2, à hauteur du taux de prise en charge des échéances, dans la limite de la quotité assurée.

7.2.2 La FRANCHISE peut se définir comme la période d'arrêt de travail ou d'activité restant à la charge de l'adhérent. Elle ne peut excéder 180 jours. Cette période de franchise, comptée à partir du 1^{er} jour d'une période d'arrêt total et ininterrompu de travail ou d'activité, ne sera en aucun cas indemnisée.

Le délai de FRANCHISE est, au choix de l'adhérent, de 30, 60 ou 90 jours. Ce délai est doublé si l'arrêt de travail résulte d'une pathologie du rachis cervico-dorso-lombaire non consécutive à un accident ou de psychoses, névroses, états dépressifs, anxietés. Il est limité à 180 jours. L'accident est défini au paragraphe 8.

CAS PARTICULIER

Pour les crédits renouvelables, les prêts études, pour les contrats commercialisés via le Web et dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", le délai de FRANCHISE est de 90 jours.

7.2.3 L'indemnisation intervient dans les conditions suivantes :

• En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

- Dans le cadre de l'option "STANDARD", la prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5.

- Dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS", le montant de la prestation versée ne peut être supérieur à la perte réelle de revenu. Pour le calcul de la perte de revenu, sont pris en compte :

- le revenu net imposable de la période à indemniser, augmenté des primes, indemnités, heures supplémentaires, en tenant compte de leur périodicité (1/12^e d'une prime annuelle pour un revenu mensuel),
- les revenus de substitution à savoir indemnités journalières de la Sécurité sociale, allocations journalières, prestations des régimes complémentaires obligatoires.

Ces éléments sont comparés au revenu professionnel net imposable moyen perçu au titre des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pour déterminer la perte de revenu. Le montant versé par l'assureur correspond à la perte de revenu multipliée par la quotité assurée, dans la limite du montant assuré des échéances.

En cas de périodicité annuelle de l'échéance de crédit, le montant assuré de l'échéance sera ramené à 1/12^e pour calculer la limite de prise en charge, le paiement cumulé des échéances ainsi recalculées intervenant au moment de l'exigibilité de l'échéance annuelle de crédit.

Exemples :

Montant échéance	750 €	750 €	1 000 €
Montant échéance assuré	750 €	750 €	500 € (50 %)
Revenu net de la période à indemniser + revenus de substitution	800 € (1/2 traitement)	1 600 € (plein traitement)	1 200 €
Revenu net moyen des 12 mois précédant l'arrêt	1 600 €	1 600 €	1 400 €
Montant perte de revenu	800 €	0 €	200 €
Montant versé	750 €	0 €	100 € (50 %)

Toutefois, si l'assuré bénéficie du maintien de son salaire à plein traitement, aucune indemnisation n'interviendra. Il en va de même si l'assuré n'a perçu aucun revenu professionnel au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail.

- L'assuré s'engage à fournir les bulletins de salaire et toutes les pièces justificatives nécessaires au calcul de la prestation. Le calcul de la perte de revenu sera effectué sur la base des seuls montants figurant sur les justificatifs correspondant au mois à indemniser, sans que soient prises en compte les éventuelles régularisations de salaire qui pourraient être effectuées par l'employeur a posteriori.

• En cas d'Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE"

La prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5. Le taux d'Incapacité Professionnelle, fixé par expertise médicale, devra être supérieur ou égal à 66 % pour donner lieu à indemnisation. En cas d'Incapacité Professionnelle inférieure à 66 %, aucune indemnisation ne pourra intervenir.

Ce taux est fixé 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,
- des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Pour déterminer le taux d'Incapacité Professionnelle, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents non assurés ou exclus des garanties du contrat.

• En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale

Le taux de prise en charge est déterminé par combinaison :

- du taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale, fixé sur la base du barème de droit commun publié par le concours médical,
- et du taux d'incapacité professionnelle, fixé 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, des possibilités restantes d'exercice et des possibilités de reclassement professionnel.

Pour déterminer les taux d'incapacité, l'expert médical ne tiendra pas compte des maladies ou accidents non assurés ou exclus des garanties du contrat.

La combinaison entre les deux taux d'incapacité permettra de déterminer le taux de prise en charge du montant assuré tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5, en fonction de l'option choisie, selon le tableau ci-dessous.

		Taux d'Incapacité Fonctionnelle									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'Incapacité Professionnelle	10	0	0	0	0	0	0	10	20	30	40
	20	0	0	0	0	10	25	40	50	65	75
	30	0	0	0	10	25	45	60	75	90	100
	40	0	0	0	25	40	60	75	90	100	100
	50	0	0	10	30	50	70	90	100	100	100
	60	0	0	15	35	60	80	100	100	100	100
	70	0	0	20	45	70	90	100	100	100	100
	80	0	0	25	50	80	100	100	100	100	100
	90	0	0	30	60	85	100	100	100	100	100
	100	0	5	35	65	90	100	100	100	100	100

Exemples

• Si le prêt est couvert à hauteur de 100 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'assuré un taux d'incapacité fonctionnelle de 60 % et un taux d'incapacité professionnelle de 70 %, le taux de prise en charge des mensualités sera de 90 %.

• Si le prêt est couvert à hauteur de 100 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'assuré un taux d'incapacité fonctionnelle de 30 % et un taux d'incapacité professionnelle de 40 %, aucune prise en charge n'interviendra.

• Si le prêt est couvert à hauteur de 75 % sur les garanties Décès-PTIA-ITT-IP-IPT-IPP et s'il est attribué à l'assuré un taux d'incapacité fonctionnelle de 50 % et un taux d'incapacité professionnelle de 80 %, le taux de prise en charge des mensualités sera de 60 % [= 80 % x 75 %].

• En cas d'Incapacité Spécifique AERAS

Le taux d'Incapacité Spécifique AERAS est défini par combinaison :

- d'une Incapacité Professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés,
- d'une Incapacité Fonctionnelle dont le taux sera 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 et formellement exclues par l'assureur dans les conditions d'assurance signées par l'assuré ne seront pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

La prise en charge porte sur le montant assuré de l'échéance tel que défini au paragraphe 7.2.1 et dans la limite établie au paragraphe 7.2.5.

7.2.4 Couverture "Tranquillité" de l'option "STANDARD"

Seuls les prêts immobiliers peuvent être garantis dans le cadre de cette option qui n'est pas accessible via le Web.

Si l'adhérent choisit à l'adhésion la couverture "Tranquillité", la prise en charge des pathologies du rachis cervico-dorso-lombaire, des psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale, est conditionnée à une hospitalisation supérieure ou égale à cinq jours :

- si l'hospitalisation a lieu pendant le délai de FRANCHISE défini au paragraphe 7.2.2, l'indemnisation interviendra à l'issue du délai de FRANCHISE,
- si l'hospitalisation a lieu après le délai de FRANCHISE, défini au paragraphe 7.2.2, l'indemnisation interviendra à compter du premier jour d'hospitalisation.

Cette couverture n'est pas accessible dans le cadre des options "PROFESSIONNELLE" et "ENSEIGNANTS". La garantie Invalidité Spécifique AERAS ne s'applique pas si les pathologies ci-dessus n'ont pas fait l'objet d'une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours.

7.2.5 En tout état de cause, et pour l'ensemble des prêts d'un même adhérent, le montant de la prestation versée en cas de sinistre sera plafonné à une échéance équivalente à **10 000 euros** mensuels pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Invalidité Spécifique AERAS.

7.2.6 Cas particuliers

• Pour les crédits RENEUVELABLES

Les mensualités à prendre en charge en application des règles de calcul décrites ci-dessus sont celles qui correspondent au montant du crédit en cours d'utilisation, au jour de l'arrêt de travail ou d'activité. **En tout état de cause, l'échéance prise en charge par l'assureur ne peut être supérieure au montant de l'échéance en cours au jour du sinistre.**

L'indemnisation, qui intervient après le délai de FRANCHISE, est limitée à 1 080 jours au titre d'une ou plusieurs périodes d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS. Les débloquages de fonds effectués durant l'arrêt de travail ou d'activité ne seront en aucun cas pris en charge par l'assurance.

L'indemnisation interviendra au plus tard jusqu'à la date de fin d'amortissement du capital servant de référence au calcul de la prestation.

Une nouvelle garantie d'assurance ne pourra être éventuellement envisagée qu'après examen d'une nouvelle demande d'adhésion.

• Pour les PRÊTS "RELAIS" et TOUS LES PRÊTS REMBOURSABLES EN UN SEUL TERME

Seuls les intérêts exigibles au jour du sinistre et pendant la durée de l'indemnisation bénéficient des présentes garanties. En aucun cas le capital ne pourra faire l'objet d'une prise en charge au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de travail, d'une Incapacité Professionnelle, d'une Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'une Invalidité Spécifique AERAS.

• Pour les PRÊTS À ÉCHÉANCES MODULABLES sur demande de l'emprunteur

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS correspondent au montant assuré de l'échéance exigible en cours à la date de l'arrêt de travail ou d'activité, sans pouvoir excéder le montant de l'échéance prévue lors de la conclusion initiale du contrat de prêt si une augmentation de l'échéance est intervenue dans les six mois précédant le sinistre.

En cas d'augmentation de l'échéance pendant l'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Incapacité Professionnelle, l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou l'Invalidité Spécifique AERAS, les prestations seront limitées au montant assuré de l'échéance en vigueur au jour de l'arrêt de travail ou d'activité dans la limite exposée ci-dessus.

En cas de diminution de l'échéance pendant l'arrêt de travail ou d'activité, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

Par ailleurs, le retard éventuel dans le remboursement du crédit n'est pas couvert.

7.2.7 Rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'adhérent est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de FRANCHISE ne sera appliqué.

Pour les crédits renouvelables, les débloquages de fonds intervenus pendant la période d'arrêt de travail ne sont en aucun cas pris en charge. En cas de rechute, c'est à dire un **nouvel arrêt total de travail pour le même motif, suite à une reprise d'activité inférieure à 60 jours**, l'indemnisation reprend sur la même base que pour l'arrêt de travail ou d'activité initial.

Dans les autres cas (nouvel arrêt de travail pour le même motif suite à une reprise totale d'activité supérieure à 60 jours, arrêt de travail pour une cause nouvelle ou poursuite de l'arrêt de travail du fait d'une nouvelle cause ou pathologie), l'indemnisation sera évaluée comme s'il s'agissait d'un nouveau sinistre, avec application d'une nouvelle période de franchise.

8 Exclusions

Le tableau des exclusions ci-après vous permet de savoir si l'exclusion est générale ou si elle est limitée à l'une ou l'autre des garanties.

Définitions :

- PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- ITT : Incapacité Temporaire Totale de travail
- IP : Incapacité Professionnelle
- IPP : Invalidité Permanente Partielle
- IPT : Invalidité Permanente Totale
- IS : Invalidité Spécifique AERAS

L'accident est défini comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'adhérent.

L'assurance couvre tous les risques sauf ceux précisés dans le tableau ci-après :

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE (le signe X indique l'exclusion) :	Décès	PTIA	ITT/IP IPP/IPT	IS
1) Le suicide s'il survient moins d'une année à compter de la date d'effet des garanties. Toutefois, le décès par suicide est couvert dès la date d'effet des garanties, dans les limites définies par les articles L. 132-7 et R. 132-5 du Code des assurances, lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir un prêt destiné au financement de l'acquisition du logement principal de l'adhérent.	X			
2) Le meurtre de l'assuré par le co-emprunteur.	X			
3) Les suites ou conséquences : 3-1) des accidents, maladies, invalidités dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet des garanties, non déclarées à l'adhésion, ou formellement exclues par l'assureur dans les conditions particulières d'assurance notifiées à l'assuré ; 3-2) de tentatives de suicide, de mutilation volontaire, ou d'événements qui sont le fait volontaire de l'adhérent ; 3-3) d'éthylisme, d'un état d'imprégnation alcoolique défini par un taux supérieur au taux légal, ou de l'usage de stupéfiants ou assimilés, non prescrits médicalement.		X	X	
4) Les suites ou conséquences d'accidents survenant sur engins à moteur, terrestres ou nautiques, à l'occasion d'essais, de compétitions, paris, tentatives de record, rallyes de vitesse effectués à titre amateur ou professionnel.	X	X	X	X
5) Le délai légal du congé de maternité défini par la Sécurité sociale que l'adhérente y soit affiliée ou non.			X	X
6) Dans le cadre de la couverture "Tranquillité" de l'option "STANDARD" (cf. point 7.2.5), les suites ou conséquences des psychoses, névroses, états dépressifs, anxiétés et des affections ou accidents touchant le rachis cervico-dorso-lombaire, ne donnant pas lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours.			X	X
7) Les suites ou conséquences d'accidents de navigation aérienne lorsque le pilote ne possède pas de brevet ou de licence pour l'appareil utilisé et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (exemples : parachute, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...) ainsi que les suites et conséquences d'accidents de kitesurf. Cette exclusion ne s'applique pas aux militaires dans le cadre de l'accomplissement de leur devoir professionnel.	X	X	X	X
8) Les suites ou conséquences d'actes de piraterie, d'émeutes, de terrorisme, de sabotages, d'insurrections, de rixes, sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel pour les militaires, policiers, pompiers, démineurs et personnel médical d'urgence.	X	X	X	X
9) Les risques de guerre étrangère ou de guerre civile, sauf législation française particulière à intervenir en période de guerre ou d'accomplissement du devoir professionnel pour les militaires, policiers, pompiers, démineurs et personnel médical d'urgence.	X	X	X	X
10) Les suites ou conséquences directes ou indirectes d'accidents ayant provoqué explosion, dégagement de chaleur, irradiation, et provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité et de l'accélération artificielle de particules. La présente exclusion ne s'applique pas à l'adhérent dont la profession l'expose aux risques liés à ces événements, lorsque l'accident survient à l'occasion de l'exercice de sa profession.	X	X	X	X
11) Les risques particuliers précisés sur le certificat de garantie remis à l'adhérent.	X	X	X	

9 Territorialité des garanties

Les garanties sont accordées dans le monde entier.

Le décès doit être constaté par une autorité légale (ambassade ou consulat) de l'Union européenne. Il est expressément stipulé qu'en cas de PTIA, ITT, IPP/IPT, IS AERAS, les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés 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, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par le médecin expert.

En outre, il est rappelé que, selon les dispositions de la notice du contrat seule la législation française reste applicable.

10 Crédit faisant l'objet d'une procédure contentieuse

En cas de défaillance de l'emprunteur et/ou d'exigibilité de la créance par l'organisme de crédit, les garanties d'assurance sont maintenues sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas de sinistre, la prise en charge porte conformément au tableau d'amortissement en vigueur à la date de la déchéance du terme ou d'exigibilité de la créance par l'organisme de crédit :

- en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : uniquement sur le capital restant dû à l'organisme de crédit au jour du décès ou de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,

- en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Incapacité Professionnelle, d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale ou d'Invalidité Spécifique AERAS : sur le montant assuré des échéances (cf. point 7.2).

En aucun cas les échéances en retard de paiement et les intérêts de retard quels qu'ils soient ne pourront donner lieu à indemnisation par l'assurance.

11 Formalités en cas de sinistres

Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance, doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les quatre mois de sa survenance.

Le sinistre doit être déclaré à l'adresse suivante :

Service Indemnisation Prévoyance

TSA 31706

35917 Rennes cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

Les pièces à produire pour constituer le dossier de demande de prise en charge sont les suivantes :

• **Dans tous les cas**, le certificat de garantie et les avenants éventuels signés par l'adhérent et,

• **En cas de décès :**

- un acte de décès ou un extrait d'acte de naissance,
- un certificat médical constatant la date du décès et indiquant, si possible, la nature de la pathologie ayant entraîné le décès,
- toutes pièces relatant les circonstances en cas d'accident,
- un questionnaire remis par l'assureur.

• **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :**

- un certificat médical détaillé.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sera appréciée par expertise médicale.

• **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD" :**

- un formulaire fourni par l'assureur à compléter par le médecin de l'adhérent et précisant notamment la nature et la date de la première constatation de la maladie ou de survenance de l'accident, le point de départ de l'arrêt de travail ou d'activité et sa durée probable,
- pour les adhérents salariés, les bordereaux (ou attestations) de paiement des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance. À défaut de perception d'indemnités journalières, une attestation de l'employeur,
- pour les non-salariés, les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail,
- le cas échéant, le compte-rendu d'hospitalisation.

• **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "ENSEIGNANTS" :**

- les pièces prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD",
- les bulletins de salaire des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
- les bulletins de salaire de la période indemnisée,
- les justificatifs des revenus de substitution (cf. point 7.2.3),
- toutes pièces nécessaires au calcul de la prestation.

• **En cas d'Incapacité Professionnelle, dans le cadre de l'option "PROFESSIONNELLE" :**

- les pièces prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de l'option "STANDARD",
- les certificats médicaux constatant l'arrêt de travail.

• **En cas d'Invalidité Permanente Partielle ou Totale :**

- les notifications de la Sécurité sociale si l'adhérent a la qualité d'assuré social,
- une constatation médicale pour les non-salariés.

• **En cas d'Invalidité Spécifique AERAS :**

- un certificat médical détaillé,
- un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés,
- un congé de longue maladie pour les fonctionnaires,
- une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés.

L'assureur pourra compléter le dossier par la demande de tout document qu'il jugera nécessaire pour établir son obligation.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

En cas de déclaration de sinistre au-delà des quatre mois indiqués ci-dessus, le délai de FRANCHISE sera appliqué conformément au paragraphe 7.2.2 et l'indemnisation interviendra au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

12 Modalités de prise en charge

En cas de sinistre, les échéances continuent d'être prélevées par l'organisme de crédit conformément au contrat de prêt.

• **Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,** l'assureur verse directement à l'organisme de crédit le montant garanti tel que défini au paragraphe 7.1.

• **Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Professionnelle, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Invalidité Spécifique AERAS :** à l'issue du délai de FRANCHISE et sous réserve de transmettre périodiquement les justificatifs demandés, l'assureur crédite le compte de l'adhérent sur lequel sont prélevées les échéances du prêt du montant à prendre en charge (cf. point 7.2).

Expertise médicale et contrôle : à toute époque les médecins, agents et délégués mandatés par l'assureur devront pouvoir contrôler l'état de santé de l'adhérent atteint d'incapacité ou d'invalidité. Le médecin traitant de l'adhérent a toujours la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

En cas de contestation, les parties s'engagent à n'avoir recours à la voie judiciaire qu'après une expertise d'arbitrage amiable effectuée par un médecin délégué et désigné d'un commun accord. Les frais seront supportés pour moitié par les deux parties.

13 Coût de l'assurance

Le montant de la cotisation est précisé par l'organisme de crédit lors de la demande de prêt ou sur le certificat de garantie qui est remis à l'adhérent. À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, l'assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci entraîne la suspension des garanties trente jours plus tard. Après un nouveau délai de dix jours, l'assureur résiliera de plein droit le contrat. En outre, il pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

14 Modification et résiliation

14.1 Modification des garanties

L'adhérent peut modifier ses garanties d'assurance dans des conditions qui lui seront précisées à sa demande par son organisme de crédit.

14.2 Résiliation de l'adhésion

Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier : conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'adhérent a la possibilité de demander la résiliation de son adhésion dans les 12 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Pour ce faire, il doit adresser à l'assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, au plus tard 15 jours avant le terme des 12 mois. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur 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.

Il peut également demander la résiliation de son adhésion à l'expiration du délai de douze mois précité en adressant à l'assureur sa demande de résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de son contrat correspondant à la date anniversaire de la signature de l'offre de prêt immobilier. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation de l'adhésion prendra effet à l'échéance annuelle.

Dans les deux cas, l'adhérent doit notifier à l'assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique 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. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

15 Renonciations

En cas de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'adhérent, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En cas de vente à distance, l'adhérent à 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'adhérent 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 électronique, avec accusé de réception adressés à l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle de rédaction suivant : *"Je soussigné(e) [nom, prénom, et adresse de l'assuré] déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Prévi-Crédits 2 n°5027, que j'ai conclu le _____. Fait à _____, le _____. Signature"*.

16 Loi applicable

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

17 Fonds de garantie des assurances de personnes

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

18 Langue

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

19 Informations fournies

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

20 Réclamations

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent doit consulter dans un premier temps son conseiller mandataire. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations au siège social de Suravenir - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse définitive donnée par Suravenir, l'adhérent pourra demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement sa demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9. Par ailleurs, l'adhérent peut aussi accéder à la plateforme européenne de Résolution en Ligne des Litiges à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

21 Traitement et protection des données à caractère personnel

Des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées par Suravenir et Suravenir Assurances qui vous informent conformément à la réglementation applicable à la protection des données que ce traitement est réalisé sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter ses obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou quand cela est justifié par leurs intérêts légitimes.

Ces données ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. À défaut, le contrat ne peut être conclu, ou exécuté. Les données collectées pourront donner lieu à une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, traitement qui est nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat aux fins de tarification et de sélection médicale pouvant entraîner, par exemple, des surprimes ou des exclusions de garanties. Dans ces cas, vous avez le droit d'obtenir une intervention humaine.

Vous consentez au traitement de ces données par la signature des documents précontractuels.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

Les responsables du traitement de ces données à caractère personnel sont Suravenir et Suravenir Assurances qui les utilisent pour les finalités suivantes : la gestion des contrats, le suivi de la relation clientèle, les études actuarielles, l'évaluation du risque, la sélection médicale, la lutte contre la fraude, la gestion des contentieux, la conservation des documents, le respect des obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les destinataires de ces données sont leurs mandataires, leurs sous-traitants, les tiers archiveurs, les agrégateurs, les distributeurs du contrat, le souscripteur, les réassureurs ou co-assureurs, toute société du groupe Crédit Mutuel Arkéa, toute autorité administrative ou judiciaire afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Suravenir et Suravenir Assurances conserveront ces données, soit pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées, soit pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, soit pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles et Suravenir Assurances sont tenues.

Vous disposez sur ces données de droits d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité, et d'un droit à définir des instructions concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles, après votre décès, que vous pouvez exercer auprès de : Suravenir - Service Conseil - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 ou par email : conseilsurav@suravenir.fr.

Les coordonnées du délégué à la protection des données sont les suivantes : protectiondesdonnees@arkea.com.

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition pour l'utilisation des informations traitées à des fins de prospection commerciale auprès du tiers qui a recueilli votre consentement.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet suivant : www.suravenir.fr.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

22 Prescription

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé. 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,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés 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.

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.

En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

23 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Prévi-Crédits 2 entre dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment de capitaux ou de financement du terrorisme (art. R. 561-16 du CMF) et peut bénéficier de mesures de vigilance simplifiée.

En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

L'adhérent, dès son adhésion et pour toute la durée de son contrat, s'engage à :

- respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- permettre à l'assureur et à son courtier de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à la première demande de l'un ou de l'autre toute pièce justificative qui serait nécessaire à :
 - l'identification des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou, de représenter l'assuré,
 - à la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds.

Garantie optionnelle pour les salariés : Assurance Perte d'Emploi

La garantie Assurance perte d'emploi (APE) sera exclusivement accordée en complément de l'option "STANDARD".

① Objet de la garantie

Cette garantie permet à l'adhérent de garantir, en cas de perte de son emploi, tout ou partie des échéances mensuelles de prêts à l'habitat destinés à l'acquisition de la résidence principale ou secondaire, de prêts à la consommation et de crédits renouvelables, selon l'option choisie parmi les suivantes :

Prêts à l'habitat	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
0	0 - 25 - 37,5 - 50 - 75
25	0 - 25 - 37,5 - 50
37,5	0 - 25 - 37,5
50	0 - 25
75	0

Prêts à la consommation	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
50	0
25	0 - 25
0	25 - 50

Crédits renouvelables	
Quotité emprunteur n°1	Quotité emprunteur n°2
100	0
50	0 - 50
0	0 - 50 - 100

À NOTER : la quotité maximale assurée est de 100 % dans le cadre des crédits renouvelables, de 75 % dans le cadre des prêts à l'habitat et de 50 % dans le cadre des prêts à la consommation. Le choix d'une option est définitif pour toute la durée du prêt. La quotité de la garantie APE ne peut en aucun cas être supérieure à la quotité de la garantie Décès. Dans le cadre des contrats commercialisés via le web, en garantie d'un crédit immobilier, la quotité est automatiquement déterminée en fonction de la quotité choisie par l'assuré pour la garantie Décès et ne peut être supérieure à 75 % par prêt assuré toutes têtes assurées confondues.

② Conditions d'adhésion

Peuvent être assurés l'emprunteur ou le co-emprunteur dès lors qu'ils réunissent chacun, à la date d'acceptation de l'offre de prêt, toutes les conditions suivantes :

- être âgé de moins de 55 ans,
- être titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, dans le cadre d'un emploi non saisonnier ou non temporaire, chez un employeur ou dans une entreprise ne faisant pas l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.
- ne pas faire l'objet d'une procédure de licenciement dont il aurait été informé à titre individuel ou collectif,
- être susceptible de bénéficier de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi en cas de chômage ou d'indemnités équivalentes pour les agents civils non titulaires ou non fonctionnaires de l'État ou d'une collectivité locale,

- ne pas être en chômage partiel ou technique, démissionnaire, en pré retraite, ne pas avoir été désigné ou ne pas avoir postulé pour un départ dans le cadre d'un contrat de solidarité,
- ne pas avoir de lien familial avec son employeur, personne physique ou les dirigeants d'entreprise qui l'emploient (ascendants, descendants, collatéraux, conjoint, concubin, partenaire d'un pacte civil de solidarité),
- avoir adhéré à l'option "STANDARD".

Cette option n'est pas accessible dans le cadre des contrats commercialisés via le web en garantie d'un crédit à la consommation, ni dans le cadre du contrat renouvelable "MonRythme" ou des contrats Illico Pro/Agri ou Clé-Mat.

Cette option n'est pas ouverte aux cautions, ni au mandataire social d'une personne morale emprunteur.

③ Formalités d'adhésion

L'emprunteur doit renseigner et signer la demande d'adhésion au contrat d'assurance et, à cette occasion, certifier remplir l'ensemble des conditions d'adhésion précisées au point 2.

La demande d'adhésion doit être formulée au plus tard à la date d'acceptation de l'offre de prêt.

L'article L. 113-8 du Code des assurances précise que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, même si le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

La sécurité de l'emprunteur et celle de ses proches dépendent donc largement de la sincérité et de l'exactitude de ses déclarations.

④ Prise d'effet des garanties

Dès que l'emprunteur a rempli et signé la demande d'adhésion et sous réserve de son acceptation par l'assureur formalisée dans un certificat de garantie, les garanties prennent effet :

- à la date d'acceptation par l'emprunteur de l'offre de crédit pour les prêts assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation de l'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet,
- à la date d'acceptation par l'emprunteur du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit. Néanmoins, si la date d'acceptation du contrat de prêt ou de l'accord de crédit pour les prêts non assujettis à la procédure d'offre de crédit est antérieure à la date de signature par l'emprunteur du certificat de garantie, c'est à cette dernière date que les garanties prennent effet.

Pour les crédits renouvelables

La garantie prend effet à la date de la première utilisation. Chaque nouvelle utilisation entraîne l'application des conditions en vigueur le jour de cette utilisation, à l'ensemble des capitaux restant dus par l'adhérent. En conséquence :

- la durée d'indemnisation prévue au paragraphe 10 est calculée à partir de la dernière utilisation,
- la cotisation en vigueur lors de la dernière utilisation s'applique à l'ensemble des capitaux restant dus.

Un délai de carence est applicable à chaque prêt : cela veut dire que la perte d'emploi intervenant pendant ce délai, suivant la date d'effet des garanties, n'est pas prise en charge quelle que soit sa durée.

Les délais de carence applicables sont les suivants :

• Pour les prêts à l'habitat :

- 180 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur,
- 365 jours pour les autres emprunteurs.

• Pour les prêts à la consommation et les crédits renouvelables :

- 90 jours pour les emprunteurs titulaires, depuis plus de 12 mois à la date d'adhésion, d'un contrat de travail à durée indéterminée chez le même employeur,
- 180 jours pour les autres emprunteurs.

La garantie ne prendra effet qu'à compter de l'encaissement effectif par l'assureur de la première cotisation.

5 Cessation des garanties

La garantie cesse de plein droit :

- à la date d'extinction normale ou anticipée du prêt, ou
 - à la date de cession, à titre onéreux ou à titre gratuit, du bien objet du prêt, même si le prêt demeure, sauf accord express de l'assureur pour la poursuite des garanties, ou
 - en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au point 7, ou
 - lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite dans un régime obligatoire, ou
 - lorsque l'assuré a atteint la durée maximale d'indemnisation précisée au point 10, ou
 - en cas de résiliation de la garantie par l'assuré, ou
 - le jour où l'assuré admis comme représentant ou associé d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de la société adhérente,
 - 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,
- et au plus tard,
au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 60 ans.

6 Conditions de prise en charge

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, l'assuré doit réunir les 3 conditions cumulatives suivantes :

- avoir été licencié de son emploi,
- à ce titre percevoir l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi versée par le Pôle emploi ou des prestations d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2 ; dans l'hypothèse où, à la date de la perte d'emploi, cette allocation a été supprimée dans le cadre d'une réforme relative à l'allocation chômage, l'assureur retiendra comme allocation de référence celle qui se substitue à l'Aide au Retour à l'Emploi.
- ne pas se trouver dans l'un des cas d'exclusions indiqués ci-dessous.

Est exclue de la garantie, la perte d'emploi qui résulte :

- d'un licenciement pendant le délai de carence tel que défini au paragraphe 4,
- de démission pour quelque cause que ce soit, même indemnisée par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- d'un licenciement dans le cadre duquel l'assuré est salarié :
 - de son conjoint, de son concubin, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'assuré, son concubin, son partenaire d'un pacte civil de solidarité, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise,
- d'un accord conclu avec l'employeur, même si la perte d'emploi est indemnisée par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi,

- d'une rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée,
- de toute forme de cessation d'activité impliquant la non-recherche d'un nouvel emploi (notamment contrat de solidarité - accord FNE (Fonds National de l'Emploi) - mise en préretraite) même indemnisée par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- d'une rupture du contrat de travail en cours ou au terme de la période d'essai,
- de fin de contrat à durée déterminée ou de toute forme de fin de contrat temporaire à durée indéterminée (tels que mission d'intérim, contrat de chantiers), sauf dans le cas prévu au paragraphe 11,
- d'une procédure de licenciement dont l'adhérent aurait été informé à titre individuel ou collectif antérieurement d'acceptation de l'offre de prêt,
- de licenciement non pris en charge par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- de licenciement pour faute grave ou lourde, même indemnisée par le Pôle emploi,
- d'un licenciement dans le cadre duquel l'assuré, bien qu'indemnisé par le Pôle emploi au titre de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi, exerce ou poursuit une activité professionnelle, à titre salarié ou non.

Est considérée comme date de rupture du contrat de travail celle de la lettre de licenciement ou de la lettre notifiant la rupture du contrat de travail.

7 Coût de l'assurance

La cotisation mensuelle en vigueur est précisée par l'organisme de crédit lors de la demande de prêt ou sur le certificat de garantie qui est remis à l'adhérent. Elle est payable suivant la périodicité de remboursement de prêt choisie.

À défaut de paiement de la cotisation due dans le mois de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure.

Dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours, l'adhésion est résiliée de plein droit si la cotisation n'a pas été payée. En outre, l'assureur pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

8 Formalités en cas de sinistre

8.1 Tout événement susceptible de mettre en jeu l'assurance doit être déclaré à l'assureur au plus tard dans les 180 jours suivant le 1^{er} jour d'indemnisation continue par le Pôle emploi ou par un régime équivalent précisé au paragraphe 2. **À défaut, la prise en charge interviendra au plus tôt le jour où la déclaration a été faite.**

Le sinistre doit être déclaré à l'adresse suivante :

TSA 31706

35917 Rennes cedex 9

Téléphone : 09 69 32 34 04

Courriel : declaration-emprunteur@suravenir.fr

8.2 Les pièces nécessaires à la constitution du dossier à présenter à l'assureur sont les suivantes :

- le certificat de garantie signé par l'adhérent,
- la lettre de licenciement,
- la notification du Pôle emploi ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- Les avis de paiement du Pôle emploi ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2,
- le contrat de travail en vigueur au jour de l'adhésion et au jour du sinistre,
- une attestation à faire compléter par l'employeur (document à réclamer à l'organisme de crédit).

L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif supplémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Aussi longtemps que les pièces justificatives n'ont pas été produites et que les demandes de renseignements de l'assureur sont restées sans réponse, aucune prestation n'est exigible.

9 Modalités de prise en charge

9.1 L'assureur prend en charge le montant assuré de l'échéance exigible à l'issue du délai de FRANCHISE défini ci-dessous, sous réserve de la transmission des justificatifs pour la période concernée.

Le délai de FRANCHISE correspond à la période de chômage pendant laquelle les échéances de prêt ne sont pas prises en charge. Le délai de FRANCHISE, qui est de 90 jours pour le prêt à l'habitat et de 120 jours pour le prêt à la consommation et les crédits renouvelables, est compté à partir du premier jour d'indemnisation continue du Pôle emploi, ou d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2, au titre de la période de chômage concernée.

Le montant assuré des échéances correspond à la quotité demandée à l'adhésion multipliée par les échéances exigibles selon le tableau d'amortissement du prêt en vigueur au jour de la rupture du contrat de travail, telle que définie au paragraphe 6. Chaque jour indemnisé par le Pôle emploi ou un régime équivalent précisé au paragraphe 2 compte comme un trentième de l'échéance mensuelle.

Le montant de la prestation mensuelle versée ne peut excéder 2 000 euros par adhérent au titre du contrat pour l'ensemble des prêts.

Le retard éventuel dans le remboursement des échéances n'est pas couvert.

Toute modification, à la hausse, des conditions de remboursement de l'emprunt durant une période de chômage ne sera pas prise en compte.

En cas de diminution de l'échéance de remboursement pendant la période de chômage, les prestations seront égales au montant assuré de la nouvelle échéance.

En cas de sinistre, les échéances continuent à être prélevées par l'organisme de crédit conformément au contrat de prêt.

L'assuré sera déchu du droit à garantie 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.

9.2 En cas de mensualités progressives, il est tenu compte de cette progressivité. **Pour les prêts relais et tous les prêts remboursables en un seul terme**, la prise en charge porte sur **les seuls intérêts payés** périodiquement et en aucun cas sur le capital.

9.3 Pour les crédits renouvelables

Sont prises en charge, au terme du délai de FRANCHISE, les mensualités qui correspondent au montant du crédit en cours d'utilisation, à la date de rupture du contrat de travail, telle que définie au paragraphe 6, sans toutefois pouvoir dépasser le montant de la mensualité du crédit en cours pendant la période de chômage. Tout déblocage de fonds intervenant pendant une période de chômage ne pourra être pris en charge au titre de l'assurance.

De plus, il est nécessaire, lors de chaque utilisation, de remplir les conditions d'admission définies au paragraphe 2.

10 Durée de l'indemnisation

10.1 Le service des prestations est maintenu, pendant au plus :

Au titre d'une même période de chômage :

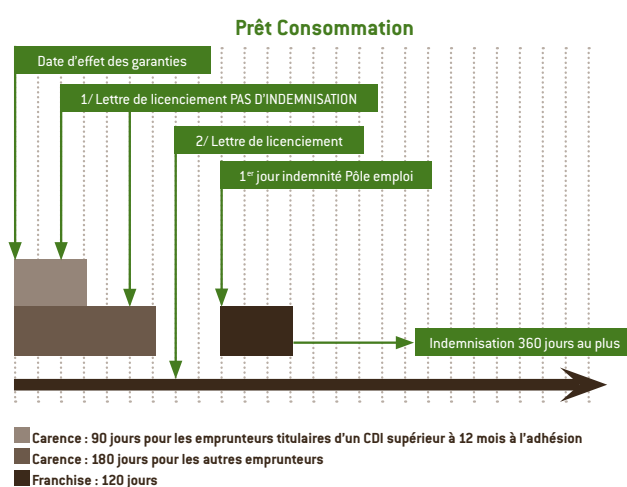
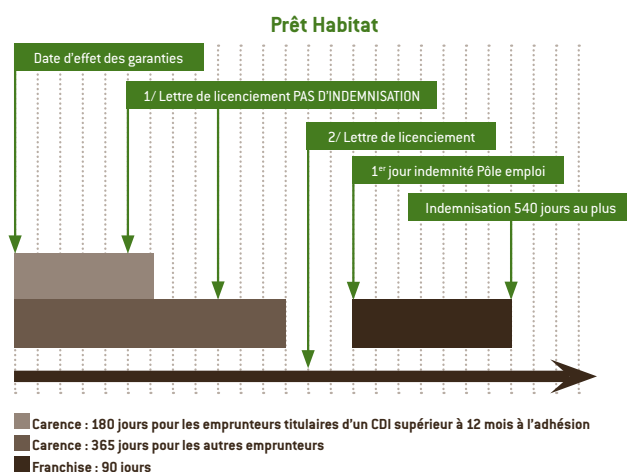
- 540 jours pour les prêts à l'habitat.
- 360 jours pour les prêts à la consommation et les crédits renouvelables.

Au titre de plusieurs périodes de chômage :

- 1 080 jours sur la durée des prêts à l'habitat, à la consommation et les crédits renouvelables.

L'indemnisation cesse à la date à laquelle l'assuré reprend une activité, que ce soit à titre salarié ou non. Elle cesse également à la date d'arrêt du versement de l'allocation d'Aide au Retour à l'Emploi par le Pôle emploi, ou à la date d'arrêt du versement des prestations d'un régime équivalent précisé au paragraphe 2.

10.2 Les schémas ci-dessous indiquent les modalités d'intervention de la garantie.



Ce tableau vaut également pour les crédits renouvelables.

11 Reprise d'activité suivie à nouveau de chômage

Est considérée comme étant la poursuite de la précédente période d'indemnisation, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité inférieure ou égale à 180 jours effectuée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée,
- une reprise d'activité effectuée au titre d'un contrat de travail à durée déterminée.

Est considérée comme étant une nouvelle période d'indemnisation avec application d'un nouveau délai de FRANCHISE, la nouvelle perte d'emploi qui fait suite à :

- une reprise d'activité de plus de 180 jours continus dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée au moins à mi-temps chez le même employeur.

En cas de reprise d'activité pendant le délai de FRANCHISE, suivie à nouveau d'une rupture du contrat de travail :

- la perte d'emploi résultant de la première rupture de contrat de travail ne sera en aucun cas indemnisée,
- seule la perte d'emploi résultant de la rupture du second contrat de travail fera l'objet d'un examen par l'assureur dans les conditions prévues aux points précédents.

12 Prescription

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé. 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,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, ou l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressés 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.

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.

En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

13 Renonciations

En cas de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'adhérent, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En cas de vente à distance, l'adhérent 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'adhérent 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 par un envoi recommandé avec accusé de réception adressés à l'assureur à l'adresse suivante : 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : *"Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à l'adhésion au contrat d'assurance Prévi-Crédits 2 n°5027, que j'ai conclu le _____. Fait à _____, le _____. Signature"*.

14 Loi applicable

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles.

15 Fonds de garantie des assurances de personnes

L'assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

16 Langue

La langue utilisée dans les relations contractuelles entre l'assureur et l'assuré est la langue française.

17 Informations fournies

Les informations fournies sont valables pendant la durée effective du contrat, sous réserve de l'émission de tout nouvel avenant collectif ou individuel.

18 Réclamations

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent doit consulter dans un premier temps son conseiller mandataire. Dans un deuxième temps, si la réponse ne le satisfait pas, il peut adresser ses réclamations au siège social de Suravenir - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9. Si le désaccord persiste après la réponse définitive donnée par Suravenir, l'adhérent pourra demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en saisissant directement sa demande sur www.mediation-assurance.org ou par courrier postal adressé à : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 9. Par ailleurs, l'adhérent peut aussi accéder à la plateforme européenne de Résolution en Ligne des Litiges à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.

19 Traitement et protection des données à caractère personnel

Des données à caractère personnel vous concernant sont collectées et traitées par Suravenir et Suravenir Assurances qui vous informent conformément à la réglementation applicable à la protection des données que ce traitement est réalisé sur la base de l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles, pour respecter leurs obligations légales ou réglementaires, sur la base du consentement lorsque celui-ci est requis ou quand cela est justifié par leurs intérêts légitimes. Ces données ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier. À défaut, le contrat ne peut être conclu, ou exécuté. Les données collectées pourront donner lieu à une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, traitement qui est nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat. Dans ces cas, vous avez le droit d'obtenir une intervention humaine.

Vous consentez au traitement de ces données par la signature des documents précontractuels.

Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour le traitement de certaines données, vous pouvez la retirer à tout moment, sous réserve du traitement de données nécessaires à la conclusion ou l'exécution du contrat.

Les responsables du traitement de ces données à caractère personnel sont Suravenir et Suravenir Assurances qui les utilisent pour les finalités suivantes : la gestion des contrats, le suivi de la relation clientèle, les études actuarielles, l'évaluation du risque, la lutte contre la fraude, la gestion des contentieux, la conservation des documents, le respect des obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les destinataires de ces données sont leurs mandataires, leurs sous-traitants, les tiers archiveurs, les agrégateurs, les distributeurs du contrat, le souscripteur, les réassureurs ou co-assureurs, toute société du groupe Crédit Mutuel Arkéa, toute autorité administrative ou judiciaire afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires.

Suravenir et Suravenir Assurances conserveront ces données, soit pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées, soit pendant la durée du contrat augmentée des prescriptions légales ou réglementaires, soit pour assurer le respect des obligations légales, réglementaires ou reconnues par la profession auxquelles Suravenir et Suravenir Assurances sont tenues.

Vous disposez sur ces données de droits d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité, et d'un droit à définir des instructions concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles, après votre décès, que vous pouvez exercer auprès de : Suravenir - Service Conseil - 232, rue Général Paulet - BP 103 - 29802 Brest cedex 9 ou par email : conseilsurav@suravenir.fr.

Les coordonnées du délégué à la protection des données sont les suivantes : protectiondesdonnees@arkea.com.

Vous pouvez exercer votre droit d'opposition pour l'utilisation des informations traitées à des fins de prospection commerciale auprès du tiers qui a recueilli votre consentement.

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous reporter à la politique des données personnelles disponible sur le site internet suivant : www.suravenir.fr.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

20 Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les compagnies d'assurance sont assujetties à des obligations légales et réglementaires au titre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Les sommes versées au titre de ce contrat ne doivent pas avoir d'origine délictueuse et être conformes aux dispositions codifiées aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application. Le contrat Prévi-Crédits 2 entre dans le cadre des contrats présentant un risque faible de blanchiment de capitaux ou de financement du terrorisme (art. R. 561-16 du CMF) et peut bénéficier de mesures de vigilance simplifiée.

En application du cadre légal et réglementaire, l'assureur se réserve la faculté de vérifier, ou de faire vérifier par ses intermédiaires distributeurs, l'origine des fonds et, d'une manière générale, les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré.

Parmi les dispositions particulières applicables, il est précisé :

- que l'assureur n'accepte pas les opérations en espèces.

L'adhérent, dès son adhésion et pour toute la durée de son contrat, s'engage à :

- respecter strictement la réglementation sur la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- se conformer aux obligations réglementaires et prudentielles qui en résultent pour l'assureur et pour lui-même,
- permettre à l'assureur et à son courtier de respecter leurs propres obligations réglementaires en leur fournissant, à la première demande de l'un ou de l'autre toute pièce justificative qui serait nécessaire à :
 - l'identification des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou, de représenter l'assuré,
 - à la connaissance de l'origine ou de la destination économique et financière des fonds.

Document d'information AERAS

[s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé] à destination des personnes souscrivant un contrat d'assurance relatif au remboursement d'un emprunt

Afin de faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes ayant été atteintes d'un cancer, mais également d'autres pathologies, la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) révisée du 2 septembre 2015 puis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont mis en place des dispositifs permettant d'améliorer la prise en compte par les assureurs des avancées thérapeutiques pour les personnes atteintes ou ayant été atteintes de certaines pathologies :

- d'une part, par la mise en place d'un "droit à l'oubli" permettant aux personnes ayant été atteintes d'un cancer de ne plus avoir à le déclarer, sous certaines conditions à remplir au moment de contracter une assurance emprunteur,
- d'autre part, par la mise en place d'une grille de référence qui fixe :
 - les délais au-delà desquels aucune majoration de tarif (surprime) ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies,
 - des taux de surprimes maximaux applicables par les organismes assureurs, pour certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

Il est recommandé aux personnes souhaitant vérifier si elles peuvent bénéficier de ces dispositions de se rapprocher de leur médecin connaissant leur pathologie.

I. L'accès à l'assurance emprunteur dans des conditions standard

1.1 L'absence de déclaration d'un ancien cancer : le "droit à l'oubli"

Ce dispositif s'applique aux contrats d'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt à la consommation affecté ou dédié, d'un prêt professionnel pour l'acquisition de locaux et de matériels, ou d'un prêt immobilier.

Vous pourrez bénéficier des dispositions du "droit à l'oubli" :

a) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée avant vos 18 ans :

- si la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 5 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

b) lorsqu'une maladie cancéreuse a été diagnostiquée à compter de vos 18 ans :

- si la date de fin du *protocole thérapeutique*¹ remonte à plus de 10 ans au jour de votre demande d'assurance,
- et s'il n'a pas été constaté de *rechute*² de votre maladie.

Vos droits : vous n'avez pas à déclarer cet antécédent dans le questionnaire de santé. Aucune surprime ni exclusion de garantie, liée à cet antécédent, ne peut en conséquence vous être appliquée.

Si vous répondez à l'une ou l'autre des conditions médicales mentionnées au 1.1, vous n'avez pas à déclarer votre antécédent de maladie cancéreuse et vous bénéficiez d'une assurance sans aucune surprime ni exclusion de garantie concernant cet antécédent. Vous n'avez donc pas à transmettre d'informations relatives à l'une ou l'autre des maladies cancéreuses mentionnées au 1.1 dans le cadre de votre recherche d'assurance emprunteur.

Toutefois, si vous en transmettiez par erreur, le service médical de l'assureur ne les prendra pas en compte dans son évaluation du risque.

1.2 L'absence de surprime et d'exclusion de garantie, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé, pour les personnes souffrant de pathologies définies par la grille de référence

a) Les conditions permettant de bénéficier de la grille de référence

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif il est nécessaire que les trois conditions suivantes soient réunies :

- **nature du prêt :** votre demande d'assurance concerne des prêts immobiliers ou des prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et/ou de matériel,
- **montant assuré :**
 - si votre demande d'assurance porte sur un financement immobilier en lien avec votre résidence principale, la part assurée, hors prêt relais, n'excède pas 320 000 €,
 - si votre demande porte sur un financement professionnel ou immobilier sans lien avec votre résidence principale, la part assurée n'excède pas 320 000 € après avoir pris en compte, s'il y a lieu, la part assurée des capitaux restant dus au titre de précédentes opérations de crédit de toute nature pour lesquelles le même assureur délivre déjà sa garantie,
- **âge à l'échéance du contrat d'assurance :** votre demande concerne un contrat d'assurance qui arrivera à échéance avant votre 71^{ème} anniversaire.

b) Les droits associés à la grille de référence

La grille de référence fixe, pour certaines pathologies cancéreuses, ainsi que pour d'autres types de pathologies, des délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ni exclusion de garantie ne sera appliquée du fait de cet antécédent médical à déclarer.

Cette grille est consultable sur le site internet de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

Vos droits : aucune surprime ni exclusion de garantie liée à cet antécédent ne vous est appliquée si vous remplissez les conditions déterminées par cette grille et si vous remplissez les conditions mentionnées au I.2.a).

II. L'accès à une assurance emprunteur dans des conditions se rapprochant des conditions standard pour les personnes souffrant de pathologies fixées par la grille de référence, sous réserve de la déclaration des antécédents de santé

Pour les personnes souffrant de certaines pathologies qui ne permettent pas d'accéder à l'assurance emprunteur dans des conditions standard, la grille de référence mentionnée au I.2 prévoit également un dispositif permettant d'accéder à une assurance emprunteur à des conditions se rapprochant des conditions standard, c'est-à-dire avec des taux de surprimes plafonnés.

Pour que vous puissiez bénéficier de ce dispositif, il est nécessaire que vous remplissiez les conditions (nature de crédit, montant de la part assurée et âge en fin du contrat d'assurance) définies au a) du I.2.

La grille de référence fixe par pathologie et par garantie (par exemple : décès, incapacité, invalidité) les taux de surprimes maximum applicables du fait de ces antécédents.

Dans ces conditions, vous devez déclarer les informations relatives à votre état de santé à votre assureur et l'assurance est accordée dans la limite des plafonds de taux de surprimes fixés par la grille.

Vos droits : le taux de surprime qui vous est appliqué du fait de l'antécédent figurant dans la grille de référence ne peut dépasser le plafond fixé par cette grille.

III. Évolution du contenu de la grille de référence

La grille de référence mentionnée au I.2 et au II a vocation à recenser un nombre croissant de pathologies (pathologies cancéreuses et autres pathologies, notamment chroniques), au rythme du progrès médical et de l'accès aux données de santé nécessaires, pour lesquelles l'assurance est accordée aux personnes qui en souffrent ou en ont souffert dans des conditions standard ou se rapprochant des conditions standard.

Les mises à jour régulières de cette grille se font en fonction des progrès thérapeutiques et des données de la science. Elles seront mises en ligne sur le site internet de la Convention AERAS, qui publie également le programme de travail prévu pour l'année à venir pour faire évoluer cette grille de référence de pathologies.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, la grille de référence pourra également prévoir pour certaines pathologies, en fonction des progrès thérapeutiques, des données de la science et du progrès médical, des délais de "droit à l'oubli" inférieurs à ceux mentionnés au I.1.

Vous pouvez trouver le texte intégral de la convention AERAS sur le site : www.aeras-infos.fr.

Lexique

¹ Ce que l'on entend par "date de fin du protocole thérapeutique" : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

² Ce que l'on entend par "rechute" : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie.

Lexique

Accident : se définit comme résultant uniquement et directement de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure fortuite, violente et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Adhérent : personne physique ou morale, ayant souscrit un prêt et qui paie les cotisations. L'assuré et l'adhérent peuvent être la même personne.

Ajournement : refus d'assurance fixé pour une période donnée, avec réexamen possible de la demande d'assurance à l'issue de la période considérée.

Assuré : personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose l'assurance.

Certificat de garantie : c'est le document sur lequel sont formalisées les conditions d'assurance (acceptation, refus, ajournement, exclusions, surprimes).

Déclaration de santé : c'est le questionnaire médical complété par le client lors de son adhésion à l'assurance.

Délai de carence : c'est la période pendant laquelle l'assurance ne s'applique pas.

Demande d'adhésion : c'est le document qui est complété par l'assuré lors de l'adhésion à l'assurance. La demande d'adhésion précise les caractéristiques de l'assurance : le montant du prêt, le choix des garanties, les quotités...

Exclusions : ce sont les limites de la garantie. Les exclusions peuvent être :
- générales, lorsqu'elles sont attachées à une garantie,
- particulières, lorsqu'elles sont fonction de l'état de santé de l'adhérent.

Franchise : c'est la période d'arrêt de travail ou d'activité pendant laquelle l'assuré ne pourra pas être indemnisé.

Quotité : quote-part, exprimée en pourcentage et appliquée au montant du prêt, pour déterminer le montant assuré. À titre d'exemple, si l'assuré emprunte 20 000 euros et choisit une quotité de 50 %, le montant assuré sera de 10 000 euros.



SURAVENIR

UNE FILIALE DU Crédit Mutuel **ARKEA**

Siège social :
232, rue Général Paulet
BP 103 - 29802 Brest cedex 9
www.suravenir.fr

*Société anonyme à directoire et conseil de surveillance
au capital entièrement libéré de 440 000 000 euros.*

*Société mixte régie par le Code des assurances.
SIREN 330 033 127 RCS Brest.*



**SURAVENIR
ASSURANCES**

UNE FILIALE DU Crédit Mutuel **ARKEA**

Siège social :
2, rue Vasco de Gama
Saint-Herblain
44931 Nantes cedex 9

*Société anonyme au capital entièrement
libéré de 38 265 920 euros.*

SIREN 343 142 659 RCS Nantes.

*Suravenir et Suravenir Assurances sont des entreprises régies
par le Code des assurances et sont soumises au contrôle
de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution
(61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9).*