

PREPAR-VIE
ASSURANCE

SAFI EMPRUNTEUR NOTICE D'INFORMATION

Safi.

Le contrat d'assurance de *Prêts* et crédits SAFI EMPRUNTEUR est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative individuelle, régi par les articles L 141-1 et suivants du Code des assurances. Ce contrat est dénommé ci- après le contrat d'assurance de groupe et est réservé aux seuls membres de l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R.). Il est distribué par l'intermédiaire de MAGNOLIA WEB ASSURANCES, via son réseau d'apporteurs.

La langue utilisée au cours du contrat sera la langue française.

Le Souscripteur est l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R.) - association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 située au, 120 avenue du Général Leclerc 75014 Paris, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par l'Assureur relevant du Code des assurances.

L'Assureur ci-après des garanties d'assurance de Prêts et de crédits, désigne PREPAR- VIE, Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros. Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex.- 323 087 379 RCS Nanterre.

L'Assureur délègue la gestion au gestionnaire : FOREVER - Société de Courtage en assurances, gestion de contrats d'assurance - Société par actions simplifiée (Société à associé unique) - au capital de 10 000 euros - Siège social : 73 Rue du Château 92100 Boulogne- Billancourt - 890 767 940 RCS NANTERRE – Orias : 20009474.

Quelques définitions :

Les termes débutant par une majuscule et en italiques, non définis dans le corps de la notice ont la signification suivante.

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

Adhérent : Personne physique ou morale qui adhère à l'Association et à la présente Convention, et remplissant les conditions définies à l'Article 13.1.

Affection : Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (*Accident* ou *Maladie*), constatée par une autorité médicale compétente.

Age de l'Assuré : Age de l'Assuré à toute date, calculé par différence entre cette date et sa date de naissance (âge exact).

Assuré : Personne sur la tête de qui repose les garanties de la présente Convention. L'Assuré est inscrit au Certificat d'adhésion et remplit les conditions définies à l'Article 13.1.

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui bénéficie de l'assurance à concurrence des sommes qui sont dues.

Capital Restant Dû : Pour un prêt, désigne le capital emprunté non amorti à la date de l'événement garanti, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Pour une opération de financement locatif, désigne la somme des loyers restant dus à la date de l'événement garanti, y compris la valeur résiduelle du bien. Le **Capital Restant Dû ne tient pas compte des Echéances de prêt impayées ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.**

Caution : Personne physique s'engageant à garantir l'exécution de

l'obligation de remboursement par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur en cas de défaut de paiement par celui-ci. **Les garanties souscrites ne jouent au profit d'un Assuré agissant en qualité de Caution qu'à la condition qu'au jour du Sinistre, la Caution ait été appelée en garantie officielle depuis au moins une Echéance par l'Organisme Prêteur par suite de la défaillance du cautionné.**

Conjoint collaborateur : Conjoint d'un dirigeant d'une société commerciale, artisanale ou libérale, qui exerce une activité professionnelle effective et régulière dans la société, ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité, n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil, et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Date de consolidation : Date à partir de laquelle, compte tenu des connaissances de la médecine à cette date, votre état n'est plus susceptible de s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'effet d'aucun traitement.

Echéance : Montant de remboursement conformément au tableau d'amortissement ou échéancier de loyers au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti tels que prévus au Certificat d'Adhésion ou avenant à l'adhésion en vigueur au jour du Sinistre. En cas de différé partiel d'amortissement, l'Echéance est limitée aux seuls intérêts du prêt. L'Echéance ne couvre pas, le remboursement du capital pour les Prêts In Fine et les Prêts Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement locatif. Concernant les Prêts à paliers intégrant les Prêts achat-revente, l'Assureur ne prend pas en charge dans l'Echéance, la part correspondant à un remboursement anticipé de capital, programmé ou non, lié à la revente de l'ancien bien de l'Emprunteur.

Les retards de paiement d'échéances de prêt ou de loyers, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ne sont pas pris en compte dans l'Echéance.

Emprunteur : Toute personne physique ou morale à qui le Prêteur consent un Prêt.

Fumeur : Personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

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

Prêt ci-après désigne un prêt, libellé en Euros tel que précisé à l'Article 13.4.

Prêteur : Organisme Prêteur identifié sur la demande d'adhésion à l'assurance. Le Prêteur doit être un établissement de crédit français ou une succursale française d'un établissement de crédit étranger (situé en Suisse ou au sein de l'Union Européenne). L'Organisme Prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat.

Quotité assurée : La quotité assurée correspond pour chaque assuré à la part, en pourcentage du capital emprunté, couverte par l'assurance de l'Opération de crédit. Elle doit être inférieure ou égale à 100 %.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'une même Opération de crédit, le montant total des indemnités versées par l'Assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de Sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité assurée de 100%.

En cas d'investissement locatif effectué dans le cadre d'une SCI non-familiale, la quotité assurée en ITT, IPP et IPT ne peut en aucun cas être supérieure à la part détenue par l'Assuré dans la SCI au moment de l'adhésion.

QUELLE EST L'ÉTENDUE DE VOS GARANTIES ?

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de garantir, postérieurement à la prise d'effet des garanties, et avant le remboursement intégral du Prêt et/ou la cessation des garanties, l'Assuré contre tout ou partie des risques couverts suivants, selon l'Age de l'Assuré au jour de l'adhésion (cf. article 14.1 ci-après) et le cas échéant le montant du capital assuré :

Risques couverts (en tout ou partie) :

Garanties Obligatoires :

- Décès (DC),
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.).

Garanties Complémentaires :

- Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- Option I.P.T. en capital
- Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.), conditionnée à la souscription de la garantie I.P.T.
- Incapacité Totale de Travail (I.T.T.) et Mi-Temps Thérapeutique (M.T.T), garanties indissociables et conditionnées à la souscription de la garantie I.P.T.,
- Exonération des cotisations, garantie conditionnée à la souscription des garanties I.T.T.et I.P.T.
- Option «Rachat Dos», garantie conditionnée à la souscription des garanties I.T.T.et I.P.T.
- Option «Rachat Psy», garantie conditionnée à la souscription des garanties I.T.T.et I.P.T.

Avant la prise d'effet des garanties visées ci-dessus, l'Assuré bénéficie d'une garantie temporaire préalable en cas de Décès Accidentel dans le cadre d'un nouveau prêt, à concurrence du montant assuré avec un maximum de cent vingt mille euros (120 000 €). Cette garantie ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance (cf. article 3 ci-après).

Seules sont accordées à l'Assuré, les garanties choisies au jour de l'adhésion et acceptées par l'Assureur, mentionnées sur le certificat d'adhésion valant délégation de bénéfice.

Règles d'éligibilité pour l'ensemble des garanties :

Territorialité	France continentale			Corse, DROM COM	
	En activité		Sans activité	En activité	Sans activité
Activité professionnelle et type de prêt	prêts professionnels pour les professions libérales médicales et paramédicales	Autres prêts et/ou autres professions			
Décès	✓	✓	✓	✓	✓
PTIA	✓	✓	✓	✓	✓
IPT en rente	✓	✓	✓	✓	✗
IPT en capital	✓	✓	✗	✓	✗
ITT 15 j	✓	✗	✗	✗	✗

ITT 30j	✓	✓	✗	✗	✗
ITT 60j	✓	✓	✗	✗	✗
ITT 90j	✓	✓	✓	✓	✗
ITT 120j	✓	✓	✓	✓	✗
ITT 180j	✓	✓	✓	✓	✗
IPP	✓	✓	✗	✗	✗

✓ Garantie Eligible

✗ Garantie Non éligible

ARTICLE 2 : DUREE DES GARANTIES

2.1 Prise d'effet des garanties

2.1.1. Adhésion à la même date que le contrat de prêt

Les garanties prennent effet à la date d'acceptation de l'offre ou du contrat de Prêt par le dernier signataire, sous réserve :

- que cette acceptation intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'envoi à l'Assuré de la notification de couverture par l'Assureur (cf. article 14 ci-après),
- que le premier décaissement intervienne dans les 6 (six) mois (ou 12 (douze) mois pour les Prêts différés), suivant l'acceptation de l'offre ou du contrat de Prêt,
- et du paiement de la première cotisation d'assurance dans le délai mentionné ci-avant

2.1.2. Adhésion à une date postérieure au contrat de prêt, suite à substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des Assurances, les garanties prennent effet dix jours après la réception par l'Assureur de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.

2.2 Durée des garanties

La durée maximale de l'assurance, décomptée à partir de la date d'effet des garanties, est fonction de votre âge et de l'âge limite de la dernière garantie active (la garantie Décès), dans la limite de la durée du Prêt garanti. Elle correspond à la période comprise entre la date de prise d'effet des garanties et leurs dates de cessation stipulées au 2.3 ci-après.

2.3 Cessation des garanties

Vos garanties et les prestations cessent :

- en tout état de cause, à l'âge limite de couverture fixé pour chaque garantie, c'est-à-dire :

Garanties obligatoires :

Décès (DC)	Jusqu'à la date du 85 ^{ème} anniversaire de l'Assuré
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)	Jusqu'à la date du 71 ^{ème} anniversaire de l'Assuré

Garanties complémentaires :

Incapacité Totale de Travail (I.T.T) y compris Mi Temps Thérapeutique (M.T.T.)	Dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail ou selon l'option choisie et inscrite au certificat d'adhésion :
Invalidité Permanente Totale (I.P.T), y compris IPT en capital ou Invalidité Spécifique AERAS (GIS)	- jusqu'à la date du 67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré ou - jusqu'à la date du 70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré si l'option « extension de garantie » a été choisie
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)	en cas de poursuite d'une activité professionnelle rémunérée.

- au terme normal ou anticipé du Prêt,
- à la date de déchéance du terme,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date à laquelle vous résiliez votre engagement de Caution,
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur suite à la mise en jeu de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) ou de la garantie Décès (DC).
- en cas de paiement de la prestation par l'Assureur suite à la mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) si vous avez souscrit l'option « Prestation en capital »,
- à la date de résiliation effective de l'adhésion par l'Assuré (cf. Résiliation de l'adhésion ci-après).

2.4 Résiliation de l'assurance associée à des prêts immobiliers relevant de l'article L. 313-1 1° du code de la consommation

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'Assuré peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L. 313-24 du Code de la consommation. Cette demande peut s'effectuer par tous moyens prévus au L. 113-14 du Code des assurances et notamment par lettre ou tout autre support durable.

Cette résiliation ne peut intervenir qu'après que l'Assuré a demandé au Prêteur la substitution de son adhésion par un autre contrat d'assurance emprunteur, présentant a minima les mêmes garanties.

En cas d'acceptation de substitution d'assurance par le Prêteur, celui-ci doit dans un délai de 10 (dix) jours à compter de la réception de la demande de substitution, procéder à la modification par voie d'avenant du contrat de crédit établi en application de l'article L.313-39 du Code de la consommation. L'Assuré doit ensuite notifier à l'Assureur, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution. La résiliation de l'adhésion au présent contrat d'assurance prend effet 10 (dix) jours après la réception de la décision du Prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le Prêteur si celle-ci est postérieure.

En cas de refus de substitution d'assurance par le Prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

2.5 Résiliation de l'assurance associée à des crédits à la consommation et à des prêts ne relevant pas de l'article L.313-1 1° du Code de la consommation

La résiliation annuelle à l'initiative de l'Assuré ou de l'Assureur sur le fondement de l'article L. 113-12 du Code des assurances ; ou à tout moment pour aggravation de risque, à l'initiative de l'Assureur ou pour diminution du risque à l'initiative de l'Assuré sur le fondement de l'article L. 113-4 du Code des assurances est possible pour les assurances de Prêts ne relevant pas de l'article L. 313-1 du Code de la consommation.

2.6 Résiliation de l'assurance consécutivement à un rachat de prêt ou à la clôture de votre compte bancaire

En cas de rachat de votre Prêt par un autre établissement de crédit ou de clôture de votre compte bancaire, votre adhésion au présent contrat d'assurance sera résiliée. Il vous incombe de rechercher, avant de procéder à ce rachat ou à la clôture de votre compte bancaire, les conditions auxquelles vous pourriez souscrire un nouveau contrat d'assurance emprunteur.

ARTICLE 3 : LA GARANTIE DECES

3.1 La garantie préalable du décès accidentel

La garantie préalable du décès accidentel est applicable uniquement dans le cadre de la mise en place d'un nouveau Prêt. **Elle ne s'applique pas dans le cadre d'une adhésion, à une date postérieure au contrat de Prêt, suite à substitution d'assurance.**

Tant que l'acceptation des risques n'a pas pu être formulée par l'Assureur, seule la garantie Décès Accidentel est acquise temporairement à compter de la date de signature de la demande d'adhésion, aux conditions ci-après et sous réserve des exclusions définies à l'article 10.

Par « Décès Accidentel », il faut entendre le décès consécutif à toute atteinte corporelle résultant directement de l'action soudaine d'une cause extérieure fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Si la garantie est acquise, l'assureur verse la prestation comme défini à l'article 3.2.. La garantie du Décès Accidentel cesse :

- dès la prise d'effet des garanties prévue à l'article 2.1 ci-avant en cas d'acceptation par l'Assureur de votre d'adhésion,
- ou de plein droit, à la date du courrier de l'Assureur vous notifiant son refus de votre d'adhésion, si après examen des pièces médicales fournies, l'Assureur se prononce pour le refus de votre d'adhésion.

Dans le cas où vos garanties n'auraient pu prendre effet, la couverture du risque Décès Accidentel cesse de plein droit à la fin du sixième (6ème) mois (douzième (12ème) mois pour les Prêts Relais), suivant la signature de votre demande d'adhésion.

3.2 La garantie décès toutes causes

Par « Décès », il faut entendre le décès consécutif à une *Maladie* ou à un *Accident*.

Cette garantie vous est acquise, dans les limites de la *Quotité* assurée, sous réserve du respect de la limite d'âge pour adhérer (cf. article 13.1 ci-après), de l'acceptation de votre admission à l'assurance par l'Assureur et des exclusions définies à l'article 10.

L'Assureur verse au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le *Capital Restant Dû* au jour du décès tel qu'indiqué au tableau d'amortissement remis par le Prêteur multiplié par la *Quotité* assurée, dans la limite du montant indiqué au certificat d'adhésion.

En cas de Décès de l'Assuré avant que les fonds ne soient totalement ou partiellement débloqués, sous réserve du paiement des cotisations d'assurance et conformément au Certificat d'Adhésion, l'Adhésion au Contrat produira tous ses effets, si il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le Prêt est consenti demeure.

Pour les Prêts à déblocages successifs des fonds, les prestations versées à l'Organisme Prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du Décès (sous déduction des remboursements déjà effectués au jour du Sinistre). Le solde correspondant à la différence entre le capital garanti et les sommes dues à l'Organisme Prêteur au jour du Décès, est versé à l'Organisme Prêteur au fur et à mesure des déblocages successifs des fonds, dans la mesure où l'opération de crédit

se poursuit sur décision du Co- *Emprunteur* ou des héritiers de l'Assuré lorsque l'*Adhérent* est une personne physique, de l'*Adhérent* lorsque celui-ci est une personne morale.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

Dans le cadre d'un crédit-bail, le *Capital Restant Dû* est égal à la totalité des loyers à échoir (hors impayés et pénalités) et à la valeur de rachat du bien financé correspondante à la valeur résiduelle estimée lors de la souscription dans la limite du montant garanti.

ARTICLE 4 : LA GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

Par « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), il faut entendre l'état, à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, qui place l'Assuré après consolidation de son état de santé, dans l'incapacité totale et irréversible reconnue par le médecin Conseil de l'Assureur, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes essentiels et ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Pour bénéficier de la garantie « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie » (P.T.I.A.), vous devez obligatoirement remplir ces **2 (deux) conditions cumulatives**.

Cette garantie a pour objet de couvrir les formes d'invalidité mettant l'Assuré dans un état tel qu'il est complètement et définitivement dépendant de l'assistance permanente d'une tierce personne pour tous les actes ordinaires de la vie quotidienne.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un quelconque organisme de régime obligatoire d'assurance maladie ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

Elle vous est acquise dans les limites de la *Quotité assurée*, sous réserve que la limite d'âge pour adhérer soit respectée (cf. article 13.1 ci-après), que la consolidation de l'état de P.T.I.A. intervienne avant la limite d'âge mentionnée à l'article 2.3 et dans la limite des exclusions définies à l'article 10 ou incluses dans vos conditions particulières.

Dès que cet état est reconnu comme tel par le médecin Conseil de l'assureur, l'Assureur verse la prestation due selon les modalités définies pour la garantie Décès (article 3 ci-avant) dont le montant est arrêté à la date de la reconnaissance de votre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, déterminée par le médecin conseil de l'Assureur.

Le versement de la prestation au titre de la garantie P.T.I.A met fin à l'ensemble des garanties de l'Assuré.

La garantie cesse contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3 ci-avant.

ARTICLE 5 : LES GARANTIES INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P)

Vous bénéficiez de tout ou partie de ces garanties si vous avez adhéré avant votre 65ème anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré- retraite, y compris pour inaptitude au travail, sous réserve des exclusions définies à l'article 10, **sauf** :

- en cas de refus formel de votre part d'adhérer à ces garanties,
- en cas de refus d'admission à ces garanties par l'Assureur,
- lorsque l'offre de Prêt ou la demande d'adhésion à l'assurance, associée à cette offre n'accorde pas ces garanties.

- En cas de Prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à 36 mois. Cette condition ne concerne pas les Prêts à taux zéro.

5.1 Définitions des garanties

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 2.3, vous rendant définitivement inapte :

- à l'exercice de votre activité professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- à vos activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes Conjoint collaborateur non rémunéré au jour du sinistre,
- à toutes vos occupations pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas Conjoint collaborateur au jour du sinistre, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 6.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 66%**.

INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P)

Vous bénéficiez de cette garantie, si à la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident*, le médecin conseil de l'Assureur constate la consolidation de votre état de santé avant la cessation des garanties telles que mentionnées à l'Article 2.3, vous rendant inapte à exercer à temps plein :

- tout ou partie de votre activité professionnelle pouvant vous apporter gains et profits si vous exercez une activité professionnelle rémunérée au jour du sinistre,
- tout ou partie des activités constituant l'aide à votre conjoint si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré au jour du sinistre,
- à toutes vos occupations pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée et n'étant pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre, il s'agit de leur capacité à être autonome et à réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

et évalue que votre taux d'invalidité (cf. 6.2 ci-après) est **supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66%**.

5.2 Détermination du taux d'invalidité

La détermination du taux d'invalidité doit être médicalement constatée et reconnue par le médecin conseil de l'Assureur.

Le médecin désigné par l'Assureur détermine par le biais d'une expertise médicale le taux d'Invalidité permanente, et ce, **indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire dont vous dépendez.**

Le taux d'invalidité est :

- la conjugaison des taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle si vous exercez une activité professionnelle rémunérée ou si vous êtes *Conjoint collaborateur* non rémunéré à la date du sinistre,
- dépendant uniquement du taux d'invalidité fonctionnelle si vous n'exercez aucune activité professionnelle rémunérée et si vous n'êtes pas *Conjoint collaborateur* au jour du sinistre.

BAREME CONTRACTUEL D'INVALIDITE

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

Barème de la garantie Invalidité Permanente Partielle

Barème de la garantie Invalidité Permanente Totale

Le **taux d'invalidité professionnelle** est apprécié en fonction du degré et de la nature de votre incapacité par rapport à votre profession. Il tient compte de votre capacité à l'exercer antérieurement à la *Maladie* ou à l'*Accident*, des conditions d'exercice normales et de vos possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le **taux d'invalidité fonctionnelle** est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de votre capacité physique, suite à votre *Accident* ou à votre *Maladie*. Il est fixé d'après le barème indicatifs des incapacités en vigueur au jour du sinistre, publié par le Concours médical.

A la *Date de consolidation* de votre état de santé si le taux d'invalidité contractuel retenu est :

- **égal ou supérieur à 66%**, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale (I.P.T), dans les limites fixées à l'article 6.3 ci-après,
- **supérieur ou égal à 33%** et strictement inférieur à 66%, les prestations sont maintenues au titre de la garantie Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), si vous bénéficiez de cette garantie, dans les limites fixées à l'article 6.3 ci-après
- **inférieur à 33%**, les prestations cessent.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité est strictement inférieur à 66 % pour la garantie I.P.T. et 33 % pour la garantie I.P.P.

En tout état de cause :

- votre état de santé doit être consolidé avant la date à laquelle vous faites valoir vos droits à une pension et au plus tard à la date de votre 67ème anniversaire ou si vous avez choisi l'option « extension des garanties » à la date de votre 70ème anniversaire en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur. L'option « extension des garanties » doit figurer sur votre certificat d'adhésion pour que la garantie soit prolongée entre votre 67ème et votre 70ème anniversaire. La prise en charge des échéances de remboursement s'applique pendant la durée de votre invalidité proportionnellement à cette durée.

5.3 Prestations

L'*Assureur* verse les prestations au *Prêteur* selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 16ème, 31ème, 61ème, 91ème, 121ème ou du 181ème jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à

partir du premier jour d'arrêt de travail.

5.3.1 Base de calcul

L'indemnité versée par l'*Assureur* est calculée suivant l'option choisie par l'*Assuré* à l'adhésion :

- sur la base des échéances de *Prêt* affectées de la *Quotité assurée*, si vous avez opté pour l'I.P.T. (dans ce cas, l'option « I.P.T. en capital » ne doit pas être souscrite). Dans ce cas, les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. L'*Assureur* verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés. Pour les *Prêts* relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les *Prêts* amortissables, seules les échéances d'intérêts sont prises en charge par l'*Assureur*. Pour les crédits-bails, seuls les loyers sont pris en charge. L'*Echéance* ne couvre pas, le remboursement du capital pour les *Prêts* In Fine et les *Prêts* Relais, ni le remboursement de la valeur résiduelle pour les opérations de financement Crédit-bail. En aucun cas, le remboursement anticipé partiel du capital intervenant pendant une période d'ITT, IPT, IPP n'est pris en charge par l'assureur.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus sur le tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant à l'adhésion entériné par l'Assureur.

- sur la base du Capital Restant Dû à la date de la reconnaissance de l'I.P.T. par l'*Assureur*, si vous avez souscrit l'option « I.P.T. en capital », dans la limite du montant garanti tel qu'indiqué au certificat d'adhésion.

Dans ce cas, l'*Assureur* prend en charge :

- **Pour les *Prêts* amortissables et les *Prêts* à paliers** : 100% du *Capital Restant Dû* (multiplié par la *Quotité assurée*) au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'*Assureur*, conformément au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'*Assureur*. Concernant les *Prêts* à paliers intégrant les *Prêts* achat-revente, si l'*Assuré* est reconnu en état d'IPT avant le remboursement anticipé partiel et programmé du capital provenant de la vente de l'ancien bien de l'*Emprunteur*, le versement est effectué sur la base du *Capital Restant Dû* déduction faite de ce remboursement programmé.
- **Pour les contrats de crédit-bail** : la somme des loyers restant dus au jour de la reconnaissance de l'état d'IPT par l'*Assureur*, augmentée de la valeur résiduelle du bien financé, conformément à l'échéancier de loyers en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué sur le dernier avenant entériné par l'*Assureur*.
- **Le versement sous forme de capital en cas d'IPT met fin à l'ensemble des garanties, sous réserve que le capital versé au titre de l'IPT soit égal au *Capital Restant Dû* multiplié par la *Quotité assurée* au titre de la garantie Décès/PTIA.**
- **Si le capital versé au titre de l'IPT est inférieur au *Capital Restant Dû* multiplié par la *Quotité assurée* au titre de la garantie Décès/PTIA, l'*Assuré* reste couvert au titre des garanties Décès et PTIA, pour un montant égal au *Capital Restant Dû* multiplié par la *Quotité assurée* Décès/PTIA, déduction faite du capital déjà versé au titre de l'IPT.**

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'*Assureur* au titre de l'une des garanties,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de *Prêts* ayant un différé total

- d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les *Prêts* à taux zéro,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le *Prêteur*,
- le remboursement du capital pour les *Prêts* relais et les *Prêts* in fine,
- l'option d'achat pour les crédit-bail

5.3.2 Montant des prestations

L'indemnité versée par l'*Assureur* est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
I.P.T.	100 %
I.P.P.	50 %

5.4 Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties, Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3.

Les prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'*Assureur* lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'*Assureur*, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.

Garanties	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
Pour l'I.P.T. en rente	<ul style="list-style-type: none"> dès que vous reprenez votre activité professionnelle à temps complet, si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 66% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'<i>Assureur</i>
Pour l'I.P.P.	<ul style="list-style-type: none"> dès que vous reprenez votre activité professionnelle, si votre taux d'invalidité devient strictement inférieur à 33% que ce soit suite à un contrôle médical ou à une expertise médicale demandé par l'<i>Assureur</i>.

Les prestations au titre de l'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et de l'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) sont liées à la justification du degré d'invalidité, qui a ouvert droit à la prestation. Toute modification (aggravation ou amélioration) de cet état d'invalidité entraîne la modification correspondante de la prestation telle que définie au point 6.2 ci-avant.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du *Prêt* pendant la période d'I.P.T. ou d'I.P.P. ne sera pas prise en compte. Celle-ci sera différée à la fin de la période de prise en charge de l'I.P.T. ou de l'I.P.P.

ARTICLE 6 : LES GARANTIES INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) ET MI-TEMPS THERAPEUTIQUE (M.T.T.)

6.1 Définitions des garanties

6.1.1 INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T)

A la suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident* et sur prescription médicale, vous êtes temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, votre activité professionnelle. En outre vous ne devez exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction, susceptible de vous procurer salaire, gain ou profit.

Si vous êtes sans activité professionnelle au jour du sinistre, vous devez être temporairement dans l'impossibilité totale et continue médicalement constatée d'effectuer, toute occupation quotidienne, usuelle et de réaliser de manière habituelle et cumulative toutes les activités ménagères et la gestion des affaires familiales et personnelles.

Vous bénéficiez de cette garantie tant que votre état de santé n'est pas consolidé, et dans la limite de 1095 jours à compter de la date à laquelle vous vous êtes vu prescrire un repos complet et continu. L'*Assuré* doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

6.1.2 MI-TEMPS THERAPEUTIQUE (M.T.T.)

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, l'*Assureur*, après une Incapacité totale de travail, versera pendant 6 (six) mois maximum les arrrages de remboursement ou les loyers en cas de crédit-bail venant à échéance à hauteur de 50% du montant garanti sous réserve que l'*Assuré* ait été indemnisé pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

Le versement des prestations est suspendu durant le Congé légal de maternité de l'*Assurée*, qu'elle soit ou non salariée. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'*Assurée* ne peut pas reprendre son activité du fait de son état pathologique, les garanties du contrat entreront en vigueur à compter de l'expiration du congé sous réserve qu'avant le début de ce congé, l'*Assurée* ait été indemnisée pendant au moins 2 (deux) mois au titre de l'Incapacité Temporaire Totale.

6.2 Prestations

L'*Assureur* verse les prestations au *Prêteur* selon la Franchise souscrite à l'adhésion à compter du 16ème, 31ème, 61ème, 91ème, 121ème ou du 181ème jour d'incapacité continue et complète de travail, décompté à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

L'*Assureur* n'applique pas de nouvelle franchise si, après une période d'incapacité de travail (I.T.T) indemnisée par ses soins, vous avez repris une activité professionnelle pendant moins de 60 (soixante jours) et si vous êtes de nouveau en incapacité de travail pour la même *Maladie* ou le même *Accident*. Dans tous les autres cas, l'*Assureur* applique à nouveau la franchise souscrite à l'adhésion.

6.3 Base de calcul

L'indemnité versée par l'*Assureur* est calculée sur la base des échéances de *Prêt* selon le type de financement au moment du sinistre, affectées de la *Quotité* assurée dans la limite du montant d'échéance garanti mentionné sur votre certificat d'adhésion.

Pour les *Prêts* relais et in fine, ainsi que le cas échéant, pendant la période de différé d'amortissement pour les *Prêts* amortissables, seules les échéances d'intérêts et les cotisations d'assurance sont prises en charge par l'*Assureur*.

Pour les crédits-bails, les échéances prises en compte sont les loyers venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement dans la limite du montant d'*Echéance* garanti mentionné sur votre certificat d'adhésion.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles sont décomposées en échéances mensuelles égales. L'*Assureur* verse les prestations mensuellement, au prorata du nombre de jours justifiés.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenant pendant la prise en charge d'un sinistre par l'Assureur au titre de l'une des garanties I.T.T ou M.T.T,
- le remboursement partiel ou total du capital emprunté anticipé ou non,
- les échéances des remboursements de *Prêts* ayant un différé total d'une durée supérieure à 36 mois, sauf pour les *Prêts* à taux zéro,
- les retards de paiement d'*Echéances*, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le *Prêteur*,
- le remboursement du capital pour les *Prêts* relais et les *Prêts* in fine,
- l'option d'achat pour le crédit-bail

6.4 Montant des prestations

L'indemnité versée par l'Assureur est fonction du tableau ci-dessous.

Garanties	Taux de prise en charge des échéances de Prêt
I.T.T.	100 % Plafonné à 15 000 euros par mois selon la quotité assuré
M.T.T.	50 %

6.5 Fin des garanties et des éventuelles prestations en cours

Les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Mi-temps thérapeutique (M.T.T) cessent contractuellement dans l'un des cas visés à l'article 2.3

Les prestations dues au titre de l'Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), et Mi-temps thérapeutique (M.T.T) cesseront également d'être versées dans les cas ci-après :

- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- à défaut de présentation des justificatifs demandés par l'Assureur, indispensables à la poursuite de l'indemnisation.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'impossibilité totale physique ou mentale de travailler, ou d'accomplir vos tâches quotidiennes usuelles si vous n'exercez pas une activité professionnelle au moment du sinistre.
- à la *Date de consolidation* de votre état de santé
- dès que vous reprenez votre activité professionnelle même à temps partiel,
- au 1096ème jours à compter de la date à laquelle vous vous êtes vu prescrire un repos complet et continu.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du *Prêt* pendant la période d'I.T.T. ou de M.T.T. ne sera pas prise en compte.

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

Toutefois :

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

ARTICLE 7 : LA GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS

Vous bénéficiez de la garantie invalidité spécifique AERAS, lorsque toutes les conditions ci-dessous sont réunies :

- votre état de santé est consolidé, votre taux d'incapacité/d'invalidité fonctionnelle tel que défini à l'article 6.2 ci-avant, apprécié par le médecin désigné par l'Assureur par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, atteint un taux égal ou supérieur à 70%.

La prestation garantie, l'âge limite à respecter à l'adhésion pour pouvoir bénéficier de cette garantie, les modalités de calcul et de versement, les conditions d'exclusion sont identiques à celles définies pour les garanties Incapacité Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) et Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), à l'exception de la date de début de versement des prestations qui est la date de la reconnaissance par le médecin de l'Assureur de l'état d'invalidité défini ci-dessus.

La garantie Invalidité Spécifique AERAS garantit les suites et conséquences des seules Affections déclarées, dont l'Assureur a eu connaissance lors de l'admission à l'assurance.

Le paiement des prestations cesse :

- à défaut de présentation des justificatifs requis par l'Assureur, pour la poursuite de l'indemnisation,
- en cas d'opposition de votre part au contrôle médical ou expertise médicale demandé par l'Assureur lors de la mise en jeu de la garantie ou en cours d'indemnisation,
- dès que, par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires, votre taux d'incapacité fonctionnelle devient strictement inférieur à 70 %,
- dès que vous reprenez une activité professionnelle, même à temps partiel ou que suite à un contrôle médical initié par l'Assureur, vous êtes reconnu capable d'exercer une activité professionnelle ou non professionnelle, même partielle.

ARTICLE 8 : L'OPTION EXONERATION DES COTISATIONS

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

Exonération totale

En cas d'I.T.T., d'I.P.P., d'I.P.T. donnant droit aux versements des échéances telles que définies ci-dessus, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations pendant la durée de versement de l'indemnité. La franchise est celle de l'option choisie par l'Assuré, à l'adhésion, pour la garantie I.T.T.

Exonération partielle

En cas d'I.T.T., d'I.P.P., d'I.P.T. donnant droit aux versements des échéances telles que définies ci-dessus, les garanties souscrites sont maintenues avec exonération du paiement des cotisations des garanties I.T.T, I.P.P, I.P.T. pendant la durée de versement de l'indemnité. La garantie Décès / P.T.I.A. n'est pas exonérée. L'indemnisation n'interrompt pas le prélèvement des cotisations qui sont remboursées. La franchise est celle de l'option choisie par l'Assuré, à l'adhésion, pour la garantie ITT.

ARTICLE 9 : OPTION RACHAT PSY

Cette option est souscrite en complément des garanties I.T.T./I.P.T et le cas échéant de l'option I.P.P. et/ou de l'option rachat DOS

Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion.
Elle a pour objet de faire bénéficier à l'Assuré d'allègements des exclusions en cas d'incapacité et/ou d'invalidité prévues à l'article 11 au paragraphe « LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE »

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option rachat PSY permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant de toute affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, d'un syndrome de fatigue chronique, des états dépressifs ou des dépressions de toute nature, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des troubles délirants, des états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), du surmenage, du burn-out, des troubles bipolaires ou des troubles fibromyalgiques qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine sans condition d'hospitalisation.

ARTICLE 10: OPTION RACHAT DOS

Cette option est souscrite en complément des garanties I.T.T./I.P.T. et le cas échéant de l'option I.P.P. et/ou de l'option rachat PSY
Elle ne peut être souscrite qu'au moment de l'adhésion.
Elle a pour objet de faire bénéficier à l'Assuré d'allègements des exclusions en cas d'incapacité et/ou d'invalidité prévues à l'article 11 au paragraphe « LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE »

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option rachat DOS permet la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant de toute affection de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire, et des sacro-coxalgies (pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatalgies, sciaticques, cruralgies, coccygodynies), qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine sans condition d'intervention chirurgicale ni d'hospitalisation.

ARTICLE 11 : LES EXCLUSIONS ET LIMITES DE PRISE EN CHARGE

Exclusions :

L'Assureur couvre à titre principal les risques de Décès (DC), de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), et à titre facultatif les risques d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), et, le cas échéant, la garantie invalidité spécifique AERAS, **sous les réserves prévues par le Code des Assurances et à l'exclusion des suites et conséquences des événements indiqués dans le tableau ci-après. Attention, les exclusions dépendent des garanties pour lesquelles vous êtes assuré.**

EVENEMENTS	GARANTIES		
	Décès Accidentel Décès toutes causes	Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)	Incapacité Totale de Travail (I.T.T) Mi-Temps Thérapeutique (M.T.T) Invalidité Permanente Totale (I.P.T) Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) Invalidité spécifique AERAS (GIS)
Le suicide s'il survient au cours de la première année d'assurance qui suit la date d'effet des garanties, ou de leur augmentation ou de leur remise en vigueur, sauf pour les Prêts immobiliers accordés pour l'acquisition du logement principal dans la limite du plafond fixé par décret (art L132-7 et R132-5 du Code des assurances : 120 000 euros au 01/01/2022).	Exclu		
<p>Les Accidents dus à la pratique de tout sport ou activité sportive, <u>sans possibilité de rachat</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non représenté(e) par une fédération française agréée par le Ministère des Sports français • le base jump, • sky flying, sky surfing • zorbing, • Les Accidents dus à la pratique du saut à l'élastique. <p>Les Accidents dus à la pratique de tout sport ou activité sportive, <u>avec possibilité de rachat</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à titre professionnel ou à titre amateur sous contrat rémunéré, • nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre à moteur, sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état, • nécessitant l'utilisation d'une embarcation à moteur, sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état, • nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou à voile), sauf à l'occasion d'un baptême encadré par un moniteur diplômé d'état. • les sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monski et du surf ainsi que du patinage, qui est couverte), • VTT de descente, bicross, freeride, • rafting, • canyoning, • alpinisme, • escalade, • randonnées de montagne, trekking, • spéléologie. <p>Le rachat d'exclusion permet à l'Assuré souhaitant être garanti pour ces sports et activités sportives d'en faire la demande à l'Assureur lors de l'adhésion ou en cours de vie de celle-ci.</p> <p>Pour être garantis, ces sports et activités sportives devront avoir été préalablement déclarés et acceptés par l'Assureur et faire l'objet d'une mention particulière au certificat d'adhésion ou à l'avenant à l'adhésion.</p> <p>Nonobstant, les baptêmes ou initiations encadrés par un professionnel habilité des sports rachetables mentionnés ci-dessus sont couverts.</p>	Exclu	Exclu	Exclu

Les <i>Accidents</i> de navigation aérienne, si l'appareil n'est pas pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltige libre, records, tentatives de records, vols d'apprentissage, vols d'essai, vols sur prototype.	Exclu	Exclu	Exclu
L'usage de médicaments, de stupéfiants, de tranquillisants et/ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou à des doses non prescrites.	Exclu	Exclu	Exclu
Les effets directs et indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations, des souffles provenant des combustibles nucléaires, des produits ou déchets radioactifs, des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, des transmutations des noyaux d'atome, sauf si ces effets proviennent d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou d'une fausse manœuvre ou d'une erreur de la part du médecin, lors du traitement ou de l'examen de l'Assuré en qualité de patient.	Exclu	Exclu	Exclu
Participation de l'Assuré à un record, une tentative de records, une exhibition, un pari ou un essai, de toutes natures.	Exclu	Exclu	Exclu
Les conséquences des faits de rixe, d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme et/ou de sabotage, de délit, de crime, de mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'Assuré y prend une part active, sauf pour les militaires de carrière en mission. Cette exclusion ne s'applique pas lorsque ces faits ont été commis en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger, d'accomplissement du devoir professionnel.	Exclu	Exclu	Exclu
Les conséquences de la guerre lorsque la France en est partie prenante.	Exclu	Exclu	Exclu
La manipulation par l'Assuré, d'armes, d'explosifs et de tout autre produit dangereux dont la détention et l'utilisation sont interdites par la législation française.	Exclu	Exclu	Exclu
Les <i>Accidents</i> et <i>Maladies</i> dont la première constatation médicale est antérieure à la date de signature du questionnaire de santé et non déclarés à l'Assureur (sauf les pathologies relevant du dispositif légal du « droit à l'oubli »).	Exclu	Exclu	Exclu
Les atteintes corporelles qui résultent du fait volontaire de l'Assuré ou d'une tentative de suicide.		Exclu	Exclu
Les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice ou réparatrice consécutive à une <i>Maladie</i> ou un <i>Accident</i> .			Exclu
Le congé maternité prévu par le code du travail, y compris par assimilation pour les personnes non salariées.			Exclu
Les affections psychiatriques, neuropsychiatriques ou psychiques, le syndrome de fatigue chronique, les états dépressifs ou les dépressions, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les états de stress aigus et chroniques (syndrome de stress post-traumatique), le surmenage, le burn-out, les troubles bipolaires, les troubles fibromyalgiques qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine sauf si elles nécessitent une hospitalisation de plus de 9 jours continus. La souscription de l'option rachat PSY permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation.			Exclu (sauf en cas de souscription de l'option rachat PSY)
Les affections de la colonne cervico-dorso-lombaire d'origine discale et/ou radiculaire, et les sacro-coxalgies (pincement, protrusion, tassement, hernie discale, arthrose entraînant cervicalgies, névralgies cervicobrachiales, dorsalgies, lumbago, lombalgies, lombosacralgies, sciatgies, sciatiques, cruralgies, coccygodynies) qu'elle qu'en soit la cause ou l'origine, sauf si elles résultent d'une fracture ou d'un processus tumoral, ou qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ou une hospitalisation de plus de 5 jours continus. La souscription de l'option rachat DOS permet de couvrir ces affections sans condition d'hospitalisation ni d'intervention chirurgicale.			Exclu (sauf en cas de souscription de l'option rachat DOS)

ARTICLE 12 : TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier. Cependant, il est expressément stipulé que pour les *Assurés* résidant hors du territoire français, les prestations au titre des garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Garantie Invalidité Spécifique (GIS), d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T), d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) et, le cas échéant, la garantie Invalidité Spécifique AERAS ne sont servies par l'*Assureur* que si l'état de santé de l'*Assuré* est médicalement constaté en France (France métropolitaine, Corse et DOM-COM), les frais de déplacement engagés par l'*Assuré* pour s'y rendre restant à sa charge.

ARTICLE 13 : LES BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

Le *Prêteur* est *Bénéficiaire* acceptant des prestations garanties, à concurrence des sommes qui lui sont dues.

En cas de souscription à l'option « Prévoyance », le surplus éventuel est versé selon la **clause standard** : au conjoint de l'*Assuré* non séparé de corps judiciairement ou à la personne liée à l'*Assuré* par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers de l'*Assuré* ou selon une clause particulière permettant le versement au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s).

Option « Prévoyance »

Cette option est réservée à l'*Adhérent* qui désigne le *Prêteur* comme *Bénéficiaire* pour une quotité inférieure à 100% des montants garantis au titre du présent contrat.

Elle permet à l'*Adhérent* de désigner un ou plusieurs *Bénéficiaire(s)* de son choix, autre que le prêteur, pour une Quotité qu'il aura déterminé

La *Quotité* assurée au bénéfice du *Prêteur* additionnée à celle assurée dans le cadre de l'option « Prévoyance » ne doit pas dépasser 100% du montant du capital emprunté.

Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont nommés dans la demande d'adhésion où doit figurer, le Nom, Prénom, Date de naissance et lieu de naissance et adresse de la/des personne(s) désigné(s).

Le(s) *Bénéficiaire(s)* sont modifiables pendant toute la durée du Contrat. La désignation peut être faite sous seing privé (lettre) ou par acte authentique (testament chez un notaire) ou par avenant. Cette modification doit être adressé à Forever, 14 rue Pierre Gilles de Gennes 76130 Mont Saint Aignan par voie postale dûment daté, signé informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire.

En l'absence de clause bénéficiaire conforme ou en cas de caducité de la clause particulière au jour du décès de l'*Assuré*, les sommes dues seront versées conformément à la clause contractuelle standard reprise ci-dessus.

Par ailleurs, en cas de pluralité de *Bénéficiaires* de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part lui ou leur revenant sera répartie entre le(s) *Bénéficiaire(s)* survivant(s) de même rang au prorata de leurs parts respectives.

Enfin, en cas de prédécès de tous les *Bénéficiaires* désignés, la clause contractuelle standard s'applique en lieu et place de la clause particulière, conformément aux conditions générales du contrat. Cette option doit être souscrite à l'adhésion.

COMMENT ADHERER AUX GARANTIES ?

ARTICLE 14 : LES CONDITIONS POUR ADHERER

14.1 Adhérent et personnes assurables

Pour pouvoir être *Adhérent* au contrat, vous devez :

- Soit être une personne physique âgée de plus de 18 ans à la date d'adhésion, soit être une personne morale,
- Résider en France métropolitaine ou dans les DROM-COM,
- Avoir contracté un Prêt ou un crédit-bail ou être Caution d'un Prêt ou d'un crédit-bail libellé en Euros et rédigé en français auprès du Prêteur, d'un montant minimum de 25 000 euros

Pour être assuré, vous devez :

- Résider en France métropolitaine ou dans les DROM-COM,
- Être Emprunteur, co-Emprunteur ou Caution d'une personne physique ou d'une personne morale,
- Si le contrat de crédit s'inscrit dans le cadre de l'Article L313-1 du Code de la Consommation, avoir une(des) échéance(s) de remboursement du(des) crédit(s) contracté(s) postérieure(s) à votre soixantième anniversaire et/ou avoir plus de 200 000€ de capital assuré
- Avoir satisfait aux formalités médicales et financières le cas échéant conformément à l'Article 16,

Être âgé au jour de l'adhésion de plus de 18 ans, et demander votre admission au plus tard selon les limites d'âge suivantes :

Risques couverts	Limite d'adhésion
Décès (DC)	à la date exacte de votre 71 ^{ème} anniversaire.
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A)	à la date exacte de votre 65 ^{ème} anniversaire.
Incapacité Totale de Travail (I.T.T) ou Invalidité spécifique AERAS (GIS)	A la date exacte de votre 65 ^{ème} anniversaire et avant votre départ en retraite ou en pré-retraite, y compris pour inaptitude au travail. Pour l'IPT versée en capital, l'âge de l'Adhérent à la date du terme normal du Prêt doit être inférieur à l'âge limite défini ci-avant.
Invalidité Permanente Totale (I.P.T)	
Invalidité Permanente Partielle (I.P.P)	

Enfin, l'*Adhérent* au contrat ne doit pas, sauf accord exprès de l'assureur, exercer une des activités définies ci-dessous :

- Sportifs professionnels,
- Professions du cirque,
- Les professions relevant du régime ENIM (par exemple les marins, les marins-pêcheurs, les aquaculteurs, les ostréiculteurs, les conchyliculteurs les personnes exerçant des travaux sous-marins),
- Caristes, dockers,
- Professions impliquant la manipulation et/ou transport d'explosifs ou de substances chimiques et/ou toxiques, nucléaires ou bactériologiques,
- Professions sur site d'exploitation pétrolière,
- Professions impliquant une activité minière, souterraine ou en galerie,
- Cascadeurs, Guides de chasse, Tauréador, Vulcanologue
- Professions en lien avec la sécurité, la surveillance ou nécessitant le port d'une arme (par exemple : Convoyeurs de fonds, détectives privés, agents de sécurité...)
- Professions de la voyance et de la divination (par exemple : médium, magnétiseur, astrologue, radiesthésiste)
- Professions en relation avec la montagne (par exemple : moniteurs de ski, guides de montagne),
- Professions en relation avec les travaux forestiers (par exemple : bûcherons, élagueurs, débardeurs, exploitants forestiers) et pépiniéristes,
- Professions en relation avec l'aérien (par exemple : moniteurs d'aviation, pilotes),
- Artistes (par exemple : peintre d'œuvre d'art, sculpteur, chanteur)

14.2 Montant maximum assurable

Le montant total des capitaux assurés par l'Assureur, tous contrats d'assurances de financement auprès de l'Assureur confondus, est limité par Assuré, à :

- **5 000 000 (cinq millions) euros au titre des garanties DC et PTIA, sauf pour les Assurés résidant dans les DROM-Com ou en Corse, où le capital maximum assuré est de 2 000 000 (deux millions) euros pour les garanties DC et PTIA,**
- **1 500 000 (un million cinq cent mille) euros au titre de l'option « I.P.T. en capital ».**

Le montant total des capitaux assurés par l'Assureur tient compte :

- de tous les capitaux assurés restant dus à la date de la demande d'adhésion,
- et des nouveaux capitaux à assurer.

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

14.3 Pluralité d'Assurés au titre d'un même contrat de Prêt

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

En cas de Décès simultané de plusieurs Assurés, les prestations réglées correspondent au solde du *Capital Restant Dû* au Prêteur dans la limite des montants garantis et sans que le total des prestations puisse être supérieur au solde du *Capital Restant Dû*.

En cas de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A) de l'un des Assurés dont la *Quotité assurée* est de 100%, le *Capital Restant Dû* est versé une seule fois, les autres Assurés cessant d'être garantis. En cas d'Incapacité Totale de Travail (I.T.T) ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) simultanées des Assurés, les prestations sont réglées conformément aux dispositions de l'article 6 ci-avant, affectées de la *Quotité assurée* sur chaque tête, et ne sauraient excéder le cumul entre les Assurés et, pendant toute la période garantie, 100% des échéances du Prêt.

Dans tous les cas, le montant des prestations réglées au Prêteur ne peut être supérieur au montant du *Capital Restant Dû*.

Le solde éventuel est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) à l'article 12 ci-avant.

En outre, aucune prestation ne sera versée par l'Assureur au *Bénéficiaire* de l'option « Prévoyance » dès lors que le capital, les échéances de remboursement ou de loyers dus par les Assurés sont intégralement payés au Prêteur.

14.4 Prêts assurables

Le contrat couvre les Prêts immobiliers ou professionnels, tels que :

- Les Prêts amortissables à taux fixe ou variable, d'une durée restante maximum de 25 ans, différé d'amortissement éventuel compris
- Les Prêts in fine d'une durée maximum de 20 ans
- Les Prêts relais d'une durée maximale de 36 mois
- Les crédits-bails

- Les crédits renouvelables
- Les prêts à la consommation.

Ne sont pas éligibles aux garanties du présent contrat les types de Prêts suivants :

- Les découverts bancaires et facilités de caisse
- Les Prêts viagers hypothécaires

ARTICLE 15 : LES FORMALITES POUR ETRE ASSURE

Vous devez compléter et signer la demande d'adhésion, le mandat SEPA et un RIB ou RICE ou RIP ainsi que le questionnaire de santé joint à la demande. Par ailleurs, quand cela est demandé, vous devrez vous soumettre aux formalités médicales précisées par l'Assureur lors de la demande.

Les formalités médicales d'admission dépendent, pour chaque Assuré, de son âge, du montant du financement à assurer et du solde éventuel des capitaux restants assurés, tel que défini à l'article 13.2 ci-avant, au titre de financements antérieurs garantis par l'Assureur.

Vos déclarations et les pièces jointes sont valables 6 (six) mois et 12 (douze) mois dans le cadre d'une « reprise bourquin » et cela à compter de leur émission.

À réception du dossier de demande d'admission, le médecin conseil de l'Assureur peut vous demander un complément d'information ou des examens médicaux complémentaires.

L'Assureur peut :

- ACCEPTER votre demande :

- au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
- sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou en refusant certaines garanties.

Si l'Assureur vous propose un taux majoré, l'exclusion de certaines pathologies ou le refus de certaines garanties, vous devrez, si vous les acceptez, marquer votre accord (bon pour accord daté signé par l'Assuré) sur la lettre de notification puis l'envoyer à l'Assureur pour validation.

La proposition de l'assureur est valable 12 (douze) mois que l'acceptation soit au tarif standard ou en cas de conditions particulières. Le Certificat d'Adhésion est émis après signature de la Demande d'Adhésion dans ce délai. **Passé ce délai, la proposition n'est plus valable et de nouvelles formalités d'adhésion doivent être accomplies par le Proposant.**

- REFUSER votre demande.

L'Assureur et le Prêteur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis par le Prêteur au moment de la demande d'adhésion à l'assurance.

Si les garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) vous sont refusées ou vous sont accordées en excluant certaines pathologies, l'Assureur vous proposera chaque fois que cela sera possible, pour les Prêts visés par la convention AERAS, une garantie Invalidité Spécifique (GIS) (cf. article 8 ci-avant).

La garantie Invalidité Spécifique AERAS est accordée si elle est indiquée comme telle sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur. De plus, si l'éventuelle majoration de cotisation demandée par l'Assureur,

visés par la convention AERAS, a pour effet que votre cotisation globale représente plus de 1,4 point dans le taux annuel effectif global (TAEG) de votre emprunt, vous serez informé des conditions à respecter pour que celle-ci soit limitée à 1,4 point ou au taux contractuel sans majoration si ce taux est supérieur à 1,4. Ces conditions d'éligibilité à cet **écrêtement des surprimes** définies par la convention AERAS sont rappelées sur la lettre de notification de l'acceptation par l'Assureur.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations déclarées et/ou fournies à l'Assureur entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113- 9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 16 : LES COTISATIONS D'ASSURANCE

Vous vous engagez à payer les cotisations d'assurance aux conditions fixées par l'Assureur.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion et sont garanties sur toute la durée du contrat. Elles pourront évoluer en cas de modification des garanties ou d'évolution législative ou réglementaire en matière sociale ou fiscale.

Votre cotisation repose sur le capital emprunté assuré.
Pour les *Prêts*, votre cotisation repose sur le capital emprunté et la *Quotité assurée*.

Pour les crédits bail, la cotisation est fonction du cumul des loyers et de la valeur de rachat du bien financé et la quotité assurée.

Votre cotisation est constante et tient compte notamment du Capital Initial et de votre âge (calculé en âge exact).

Pour permettre le prélèvement des cotisations d'assurance, il est nécessaire de transmettre un mandat SEPA et vos coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP).

Le coût de l'assurance est mentionné sur le certificat d'adhésion. Votre première cotisation est due dès la prise d'effet des garanties.

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

En cas de résiliation de l'adhésion par l'Assuré, conformément aux dispositions de l'article L113-12-2 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation. Les cotisations perçues indûment seront restituées dans la limite de deux années de cotisation.

En cas de refus de substitution d'assurance ou de refus du (des) Prêt(s) par l'Organisme *Prêteur*, l'*Adhérent* doit déclarer à l'Assureur ce refus, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 3 mois, accompagné des pièces justificatives. Les cotisations afférentes à ce(s) Prêt(s) perçues par l'Assureur, lors de l'Adhésion, seront alors intégralement remboursées et le contrat sera alors réputé ne jamais avoir pris effet.

En cas de déclaration dans un délai supérieur à 3 mois à compter de la date de refus du (des) prêt(s) par l'Organisme *Prêteur* : l'Assureur procédera à la résiliation du contrat dans les mêmes conditions qu'une résiliation faisant suite à un remboursement anticipé total du prêt.

Paiement des cotisations

L'*Adhérent* doit s'acquitter des cotisations aux dates convenues et selon les modalités fixées ci-dessus. La cotisation est prélevée automatiquement sur le compte bancaire support du prêt. A défaut de

paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse à l'*Adhérent* une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Ce courrier rappelle que, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues.

A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. L'Assureur informe le Prêteur du non-paiement par l'Emprunteur de sa prime d'assurance.

COMMENT METTRE EN JEU LES GARANTIES ?

ARTICLE 17 : LES DECLARATIONS DE SINISTRE

17.1 Délai de déclaration

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

La déclaration de sinistre au titre des garanties Incapacité Totale de Travail (I.T.T), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) doit intervenir dans les 180 (cent quatre-vingt) jours qui suivent le premier jour d'arrêt.

Passés ces délais et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

En tout état de cause, sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption de paiement des prestations en cours de service en faveur de l'Assuré ou l'Adhérent, l'Assureur se réserve le droit de demander à tout moment à l'Assuré, l'Adhérent ou aux Bénéficiaires désignés toute justification qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

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

Par mail	Par courrier
sinistre@easyforever.fr	SERVICE MEDICAL FOREVER 120 avenue du Général Leclerc CS10029 75680 PARIS CEDEX 14

17.2 Documents à fournir

Dans le cadre de l'exécution de l'adhésion, le médecin conseil de l'Assureur pourra demander à l'Assuré, ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte, ou ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que l'Assureur s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Les documents médicaux peuvent être adressés au médecin conseil de l'Assureur à l'adresse ci-dessus.

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

Pour la garantie DECES :

- la copie intégrale de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par le médecin traitant ou à défaut le médecin ayant constaté le décès accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- Une attestation fournie par l'Assureur dûment remplie et signée par les ayants-droits de l'Assuré ;
- si le décès résulte d'un *Accident* ou d'une mort non naturelle, la copie du rapport de police ou de gendarmerie ou de tout autre justificatif en possession expliquant les circonstances du décès ;
- une attestation de l'organisme *Prêteur* indiquant le montant restant dû au jour du décès et le tableau d'amortissement au jour du décès
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification du décès.

Pour la garantie PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.) :

- le certificat médical fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par votre médecin traitant,
- l'attestation fournie par l'Assureur dûment remplie et signée par l'Assuré;
- si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé la copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité 3ème (troisième) catégorie avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité Sociale ou la copie de la notification d'attribution de la rente *Accident* du travail à 100 % avec assistance d'une tierce personne établie par la Sécurité Sociale,
- si vous êtes travailleur non salarié, la copie de la notification d'attribution d'un titre de pension d'invalidité totale et définitive à toute activité avec majoration pour tierce personne établie par la caisse d'affiliation dont vous dépendez,
- une attestation de l'organisme *Prêteur* indiquant le montant restant dû au jour du sinistre et le tableau d'amortissement
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour la garantie INVALIDITE SPECIFIQUE AERAS (GIS) :

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

- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à vous demander pour la justification de l'état d'invalidité.

Pour les garanties INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.), y compris MI TEMPS THERAPEUTIQUE (M.T.T) , INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T) ou INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P) :

- l'attestation médicale fournie par l'Assureur dûment remplie et signée par le médecin traitant,
- le questionnaire arrêt de travail fourni par l'Assureur dûment rempli et signé par l'Assuré,
- la copie des certificats médicaux initiaux et de prolongation d'arrêt de travail ou d'incapacité à vos activités non professionnelles sans discontinuité dans les dates d'arrêt de travail,
- la copie des bordereaux d'indemnités journalières réglées par la Sécurité Sociale ou par la caisse dont vous dépendez y compris ceux émanant des organismes complémentaires (si vous êtes salarié, fonctionnaire ou assimilé),
- si vous êtes fonctionnaire, la copie des notifications du placement en congé de *Maladie* ordinaire (CMO), en congé de longue *Maladie* (CLM) et le cas échéant en congé de longue durée (CLD),
- si vous êtes Conjoint collaborateur non rémunéré, un extrait K- BIS actualisé justifiant de cette qualité au jour du sinistre,
- en cas de rechute, un certificat médical établi par votre médecin traitant précisant qu'il s'agit de la même *Maladie* et/ou d'une nouvelle *Maladie* résultant du sinistre initial ainsi que la copie de l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- la copie de la notification d'attribution d'une pension ou rente d'incapacité ou d'invalidité par la Sécurité Sociale, la commission de réforme ou tout organisme assimilé dont vous dépendez,
- la copie des justificatifs de paiement de pension ou rente,
- un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail,
- le tableau d'amortissement
- toutes autres pièces que l'Assureur sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

ARTICLE 18 : PRESTATIONS, CONTROLE ET EXPERTISE

18.1 Prestations

Les prestations dues aux titres des garanties Décès (DC), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) sont servies selon les modalités évoquées aux articles 3, 4, 6 et 7 ci-avant.

Les prestations liées aux garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique AERAS, Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P) ne sont servies que si l'état de santé de l'Assuré est médicalement constaté en FRANCE (France métropolitaine, Corse et DROM-COM), les frais de déplacement engagés par l'Assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du médecin conseil de l'Assureur et celles de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime

obligatoire dont dépend l'Assuré.

18.2 Contrôle médical, Expertise médicale et Arbitrage

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

De même, le médecin conseil de l'Assureur, en cas de sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A), Invalidité Spécifique AERAS (GIS), Incapacité Totale de Travail (I.T.T.), Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Invalidité Permanente Partielle (I.P.P), peut, à tout moment, contrôler votre état de santé en diligentant auprès du médecin expert de son choix, agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France une expertise médicale, à ses frais.

Vous pouvez vous présenter seul à cette expertise ou si vous le souhaitez, être accompagné du médecin de votre choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine en France, à vos frais. Quel que soit votre choix, vous devez apporter votre entier dossier médical.

Les conclusions de l'expertise diligentée par l'Assureur peuvent amener à la cessation du versement des prestations et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

Si vous vous opposez à un contrôle médical ou expertise médicale, la garantie sollicitée ne pourra pas produire ses effets ou le paiement des prestations cessera immédiatement.

A la suite de l'expertise médicale, vous pouvez contester la décision du médecin expert par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à l'Assureur dans un délai de 30 jours après en avoir eu connaissance. L'Assureur vous proposera alors de vous soumettre à une nouvelle expertise confiée à un tiers expert. Le choix de ce tiers expert intervient d'un commun accord entre vous et l'Assureur. Ce choix pourra se faire parmi une liste d'experts inscrits auprès de la cour d'appel de votre domicile. Les honoraires de ce tiers expert sont répartis pour moitié par parts égales entre vous et l'Assureur. Vous pouvez vous faire assister lors de l'expertise par toute personne de votre choix, y compris un médecin. L'Assureur peut aussi se faire assister par un médecin lors de cette expertise. Chacun conserve à sa charge les honoraires inhérents à cette représentation et ses frais. Le paiement des prestations est suspendu tant que cette procédure est en cours. Les conclusions de l'expertise contradictoire s'imposeront à l'Assureur et à l'Assuré.

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

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

QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DU CONTRAT ?

Modification de la situation personnelle de l'Assuré :

Sous réserves des dispositions de l'Article 10 et de l'Article 16, les modifications de situation personnelle de l'Assuré en cours d'adhésion n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Modification du contrat de financement :

En cas de modification du tableau d'amortissement et/ou des caractéristiques du ou des Prêts couverts par le présent contrat en cours de contrat, l'Assuré doit en informer l'Assureur dès qu'il en a connaissance et lui transmettre le justificatif de l'Organisme Prêteur (Tableau d'amortissement et attestation) par lettre recommandée avec accusé de réception et au maximum dans un délai de trois (3) mois.

En cas de déclaration hors délai, la rétroactivité sera limitée à trois (3) mois. L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant au Certificat d'Adhésion prenant effet rétroactivement à la date de modification et pourra être amenée, le cas échéant, à rembourser à l'Assuré une fraction de la cotisation payée.

En cas de remboursement anticipé total : L'Assureur procédera à la résiliation de l'adhésion et remboursera la fraction des cotisations payées couvrant la période postérieure à la date de remboursement anticipé.

En cas de remboursement anticipé partiel : L'Assureur procédera à l'émission d'un avenant prenant effet rétroactivement à la date de remboursement partiel du prêt et pourra être amenée à rembourser une fraction des cotisations payées. Dans tous les cas, la rétroactivité sera limitée à trois (3) mois en cas de déclaration hors délai.

En cas de modification du capital assuré intervenant avant la prise d'effet des garanties, l'Assureur se réserve le droit d'exiger de nouvelles formalités médicales ou complément d'information Si l'Assuré ne se soumet pas au(x) demande(s) de l'Assureur, ce dernier se réserve le droit de refuser la modification du capital

Dès lors que l'adhésion a pris effet, vous n'avez aucune nouvelle formalité d'admission à accomplir si, après modification du contrat de financement assurable, l'ensemble des conditions suivantes sont remplies :

- la durée du financement n'est pas prorogée de plus de 4 ans,
- l'augmentation du capital assuré n'excède pas 45 000 euros (quarante-cinq mille euros) à la date de modification du financement, en particulier en cas de changement de *Quotité assurée*.

Ces conditions s'appliquent également dans le cas où un plan de règlement d'une situation de surendettement serait mis en œuvre.

Si l'une de ces deux conditions n'est pas remplie, vous devez compléter une nouvelle demande d'adhésion assujettie aux mêmes dispositions que lors d'une demande d'adhésion initiale (cf. Article 14).

Tant que l'Assureur n'a pas statué sur cette nouvelle demande d'adhésion ou si vous refusez ou ne donnez pas suite aux nouvelles conditions de couverture proposées par l'Assureur pour la prise en compte de cette modification, vous restez garanti aux conditions précédemment en vigueur.

Modification des garanties :

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

Elles peuvent donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion, à un délai d'attente de trois (3) mois sur l'augmentation des garanties et sont soumises à l'accord de l'Assureur.

BON A SAVOIR

ARTICLE 19 : PRESCRIPTION

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances, reproduits ci-après :

Article L 114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrits par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

Article L114-2 : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (*prévues par le Code Civil, aux articles 2240 à 2249, à savoir : commandement de payer, assignation devant un tribunal, même en référé, une saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait*) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L114-3 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

ARTICLE 20 : CONTINUITÉ DU CONTRAT CE/20 018

En cas de résiliation du contrat, contracté entre l'Assureur et l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R), pour son compte, toutes les garanties accordées au titre du contrat résilié sont maintenues aux Assurés de ce contrat dans les conditions de cette notice d'information. Les cotisations continuent d'être dues.

Conformément à l'article L. 141-6 du Code des assurances, en cas de dissolution ou de liquidation de l'Association de Promotion de Prévoyance Santé et Retraite (A.P.P.S.R), le contrat se poursuit de plein droit entre l'Assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat d'assurance de groupe.

ARTICLE 21 : CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur et du Gestionnaire visé à l'article 21 ci-après est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 22 : GESTION DU CONTRAT CE/20 018

L'Assureur a délégué la gestion de son contrat CE/20 018 à FOREVER pour recevoir, en ses lieux et places, avis et communications pour accepter les risques, opérer tout règlement, et plus généralement, assurer toute opération nécessaire à leur gestion.

Pour toutes questions relatives à ce contrat, votre interlocuteur privilégié est FOREVER.

ARTICLE 23 : RECLAMATIONS - MEDIATIONS

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

Vous pouvez à tout moment vous adresser à votre conseiller habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de votre adhésion. Si le litige éventuel demeure, vous pouvez adresser une réclamation écrite. Selon l'objet de votre réclamation, le service en charge de son traitement différera.

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la conclusion de votre adhésion (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil), vous pouvez contacter MAGNOLIA WEB ASSURANCES :

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

Pour toute autre réclamation, vous pouvez formuler une **première (1ère) réclamation** auprès de FOREVER :

Par courrier ou par mail
FOREVER SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS OFFRE SAFI EMPRUNTEUR 14 rue Pierre Gilles de Gennes 76130 Mont Saint Aignan reclamation@easyforever.fr

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

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

Si la réponse apportée par FOREVER à votre première réclamation ne vous satisfait pas, **vous pouvez formuler une deuxième (2ème) réclamation** auprès de l'Assureur :

Nature de la réclamation	Par courrier
d'ordre administratif	PREPAR-VIE - CELLULE PREVOYANCE Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX service-relations.clientele@prepar-vie.com
d'ordre médical	PREPAR-VIE - CELLULE MEDICALE / MEDECIN CONSEIL Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy 33 Place Ronde - CS 90241 92981 PARIS LA DÉFENSE CEDEX service.medical@prepar-vie.com

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

Si, malgré nos efforts pour vous satisfaire, vous restez mécontent de notre décision, vous pourrez faire appel au Médiateur compétent, à savoir :

- le médiateur de Médiation-Net pour toute réclamation relative aux modalités de commercialisation de votre adhésion :

- via le site <https://www.mediation-net-consommation.com/>
- par courrier postal à l'adresse suivante : MEDIATION-NET CONSOMMATION, 34 rue des Epinettes 75017 PARIS
- par téléphone de 9h00 à 20h00 du lundi au samedi.

0 825 679 808 Service 0,15€/min + prix appel

- celui de l'Assurance (La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org), pour toute autre réclamation, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

ARTICLE 24 : DÉCHÉANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS

L'Adhérent ou l'Assuré qui, de mauvaise foi, utilise des documents inexacts comme justificatifs, use de moyens frauduleux ou fait des déclarations inexacts ou réticentes à l'occasion d'une demande de prestations est sanctionné par la perte de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause

ARTICLE 25 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Toutes les informations personnelles collectées vous concernant sont enregistrées par l'Assureur, Magnolia Web Assurances et Forever.

L'Assureur est responsable du traitement des adhésions, de la vie du contrat, du dénouement du contrat. Magnolia Web Assurances est responsable du traitement de l'entrée en relation. L'Assureur et Magnolia Web Assurances sont co-responsables du traitement de la connaissance client, des réclamations et de la fraude.

Elles ont vocation à être utilisées pour (i) la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, (ii) dans le cadre de l'Échange Automatique d'Information en matière fiscale, (iii) pour la lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme, (iv) pour la lutte contre la fraude, (v) dans le cadre de contentieux et (vi) pour l'amélioration des produits ou des prestations.

Pour l'Assureur, Magnolia WEB Assurances et FOREVER, les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat [(i),(v),(vi)], l'intérêt légitime (iv) et le respect des obligations légales [(ii),(iii)].

Les données collectées sont transmises (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Assureur, (ii) aux membres du groupe BPCE, (iii) aux organismes professionnels habilités, (iv) aux partenaires commerciaux de l'Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, et (v) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Assureur, sur la base de vos données personnelles.

Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union Européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission Européenne. Elles sont conservées, par l'Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation, et pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir le sort post-mortem de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout

moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Assureur, par mel (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou l'Assureur par courrier (PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex) pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires.

En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. Pour Magnolia WEB Assurances et FOREVER, toute question relative au traitement de vos données personnelles ainsi qu'à l'exercice de vos droits sont à adresser à : Délégué à la Protection des Données – dpo@magnolia.fr.

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL-Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret –10000 TROYES.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

ARTICLE 26 : LOI APPLICABLE

La loi applicable au contrat est la loi française.

Le contrat est régi par le Code des Assurances qui prévoit notamment :

Article L113-8 : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul 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, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. »

« Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Article L113-9 : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Article L132-26 : « L'erreur sur l'Age de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur. Dans tous les cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'Age de l'Assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

ARTICLE 27 : MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES

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