

NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE

Relative au contrat d'assurance collectif n° 7270 souscrit par l'ASSOCIATION POUR L'UNION ET LE RECOURS EN ASSURANCES « la Contractante » (848 A Chemin de Saint Germain - 30100 ALES), auprès de GENERALI VIE (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 332 321 184 euros - Immatriculée au RCS Paris sous le n° 602 062 481 - 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS) et GENERALI IARD (Entreprise régie par le Code des assurances, S.A. au capital de 94 630 300 euros - Immatriculée au RCS Paris sous le n° 552 062 663 - 2 rue Pillet-Will - 75009 PARIS) ensemble dénommées « l'Assureur » (Sociétés appartenant au Groupe GENERALI immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026).

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de :

- Décès,
 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.),
 - Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.),
 - Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
 - Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.),
 - Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)
 - Perte d'Emploi (P.E.),
- selon les garanties mises en place sur la tête de l'Assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables dans le cadre du présent contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes à la date de leur demande d'adhésion :

- être résidentes de l'Union Européenne, de la Suisse, de Monaco, des départements et collectivités d'Outre-Mer ou de l'Amérique du Nord,
- être bénéficiaires ou cautions d'un prêt consenti par un organisme financier (établissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,
- être âgées (âge exact), à la date de signature de la demande d'adhésion et selon les garanties/options souscrites (cf. Titre « OPERATIONS DE PRETS COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES » ci-après), de :

Option 1 : Décès / PTIA Option 2 : Décès / PTIA / ITT / IPT / ITP Option 3 : Décès / PTIA / ITT / IPT / ITP / IPP	18 à 66 ans inclus
Option 2bis : Décès / PTIA / ITT / IPT / ITP / PE Option 3bis : Décès / PTIA / ITT / IPT / ITP / IPP / PE	18 à 55 ans inclus
Option 4 (Senior) : Décès	67 à 80 ans inclus

MODALITES D'ADHESION

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé,
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'Assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé,
- exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle

Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.,

- exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois pour souscrire la garantie P.E.

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

Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'Assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'Assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

L'Assureur, à réception de la demande d'adhésion, du(des) questionnaire(s) de santé et, le cas échéant, des examens médicaux et pièces complémentaires demandés, fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

En cas d'acceptation à des conditions particulières, l'Assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer. Cette décision ne sera alors définitive qu'à réception par l'Assureur de l'accord écrit de la personne à assurer sur ces conditions particulières.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) :

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, sous réserve :

- de la signature de la demande d'adhésion, de la fourniture du(des) questionnaire(s) de santé et des formalités médicales complémentaires le cas échéant,
- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et du paiement de la cotisation.

CAS PARTICULIER DES PRETS DEJA EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve :

- que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI,
- que les caractéristiques de ce prêt répondent aux dispositions du présent contrat,
- que la personne à assurer remplisse l'ensemble des formalités d'adhésion (questionnaire(s) de santé, formalités médicales complémentaires le cas échéant ...).

Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée par la personne à assurer sur la demande d'adhésion, sous réserve :

- de l'acceptation de l'Assureur,
- de l'accord écrit de la personne à assurer en cas d'acceptation à des conditions particulières,
- et du paiement de la cotisation.

COUVERTURE PROVISoire EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT :

Une garantie provisoire en cas de **décès par accident (*)** est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, **pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros par assuré**, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'Assureur,
- à la date à laquelle l'Assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'Assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au Titre « FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS », selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DUREE DE L'ADHESION - RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Toutefois, l'Assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- **Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt** (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances)

L'Assuré devra adresser à MULTI-IMPACT sa demande de résiliation par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois. Cette dernière devra être accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que de la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par MULTI-IMPACT pour le compte de l'Assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- **Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt** (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances)

L'Assuré devra adresser à MULTI-IMPACT sa demande de résiliation par lettre recommandée, au moins deux mois avant la date de renouvellement de ladite adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Dans tous les cas, l'organisme financier prêteur sera tenu informé de la résiliation.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'Assuré devra obligatoirement informer l'Assureur par écrit de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte (avec les justificatifs correspondants).

DEFINITION DES GARANTIES

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- **Le Décès.**
- **La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :** invalidité physique ou intellectuelle rendant l'Assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- **L'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :** état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- **L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **L'Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :** état médicalement constaté d'incapacité partielle et temporaire à l'exercice, par l'Assuré, de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit, lui permettant une reprise du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique. Cet état doit intervenir dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur.
- **L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :** persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.P. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- **La Perte d'emploi (P.E.) :** licenciement de l'Assuré, salarié dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI).

OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros (ou en devises, sous réserve des précisions mentionnées au paragraphe « REMARQUES » ci-après) et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

1/ Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels (y compris les prêts à paliers et les prêts à taux zéro), d'une durée maximale de 420 mois (y compris éventuel différé total ou partiel), d'un montant maximal de 5 000 000 euros, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloquages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

Options de garanties proposées :

- Option 1 : Décès/P.T.I.A.
- Option 2 : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P.
- Option 2bis : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./P.E.
- Option 3 : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P.
- Option 3bis : Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P./P.E.
- Option 4 (senior) : Décès seul

2/ Les prêts IN FINE, immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers, d'une durée maximale de 240 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

Options de garanties proposées : options 1, 2, 3 ou 4

3/ Les prêts RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

Options de garanties proposées : options 1, 2, 3 ou 4

REMARQUES :

- Montant maximal des capitaux assurables : Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour une même personne, ne pourra en aucun cas excéder 5 000 000 d'euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

- Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- . la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
- . la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 420 mois,
- . le prêt est amortissable (y compris les prêts à paliers et les prêts à taux zéro).

- Prêts libellés en devises : Lors de l'adhésion au contrat le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change. Il en sera de même pour les cotisations et les prestations.

Ce barème restera valable pendant toute la durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt).

L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions du paragraphe BÉNÉFICIAIRES ci-après, à savoir : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf

autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement

COTISATIONS - EXONERATION

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital initial.

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties et sont prélevées par l'Assureur ou son Délégué mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, d'avance, sur le compte de l'Assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France).

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur ou son Délégué adresse à l'Assuré une lettre recommandée (et informe en parallèle l'organisme financier prêteur), l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances.

COTISATION ASSOCIATION CONTRACTANTE :

En plus de la cotisation d'assurance, l'adhérent devra régler chaque année la cotisation due à l'association contractante.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies la cotisation cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion sauf :

- en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement du taux de taxe applicable au présent contrat,
- en cas de modification du prêt à la demande de l'emprunteur, nécessitant l'émission d'un avenant

EXONERATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS :

En cas d'I.T.T. (sous réserve que ces garanties aient été accordées par l'Assureur), l'Assuré sera exonéré du paiement de la cotisation relative à l'ensemble des garanties souscrites.

Cette exonération sera effective pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'I.T.T. et débutera au plus tôt à compter du 91ème jour. En cas de paiement d'une cotisation unique à l'adhésion, aucune exonération ou remboursement ne sera effectué en cas d'I.T.T. de l'Assuré.

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- L'Assureur pourra convoquer l'Assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'Assuré si celui-ci est à l'étranger au moment du sinistre.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

BENEFICIAIRES - PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE
BENEFICIAIRES :

- **EN CAS DE DECES** : l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues, étant précisé qu'en cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement.

Si toutefois le bénéficiaire des prestations en cas de décès n'était pas l'organisme prêteur, l'Assuré devra préciser sur la demande d'adhésion ou sur papier libre, la clause bénéficiaire spécifique à retenir.

- **EN CAS DE P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. et P.E.** : l'organisme prêteur est bénéficiaire des prestations jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues ou l'Assuré lui-même.

En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, les prestations sont versées à l'Assuré lui-même.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE :
1. GARANTIES OBLIGATOIRES : DECÈS - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de Décès ou de P.T.I.A., l'Assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSURÉE
PRET AMORTISSABLE	<p>Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.</p> <p>Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRET IN FINE / PRET RELAIS	Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES DECES / P.T.I.A.

- **En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet** : l'assureur prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme aux bénéficiaires autres que l'organisme prêteur (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).
- **En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné** : l'assureur prend en charge le montant du capital assuré dans la limite de la quotité assurée et verse cette somme :
 - à l'organisme prêteur à concurrence des sommes déjà mises à disposition de l'emprunteur et restant dues en principal (ou clause bénéficiaire spécifique, le cas échéant - cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »),
 - et à l'autre (aux autres) bénéficiaire(s) désigné(s) à concurrence des sommes non débloquées (cf. paragraphe « BENEFICIAIRES »).

▪ **L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la P.T.I.A.** est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.

▪ **En cas de Décès ou P.T.I.A. simultanément(e) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt** : le montant total réglé par l'Assureur n'excèdera pas, selon les cas, le montant des sommes visées dans chacune des situations précédentes, et n'excèdera en aucun cas le montant total du prêt.

2. GARANTIES FACULTATIVES : INCAPACITE TEMPORAIRE - INVALIDITE PERMANENTE - PERTE D'EMPLOI

Il est rappelé que ces garanties sont facultatives et ne peuvent être souscrites :

Pour l'I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P. :

- qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A.,
- que si la personne à assurer exerce, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée, est en congés parental ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

Pour la P.E. :

- qu'en complément de l'assurance Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T. ou Décès/P.T.I.A./I.T.T./I.P.T./I.T.P./I.P.P.
- que si la personne à assurer exerce, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée depuis au moins 12 mois.

2.1. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) et INCAPACITE TEMPORAIRE PARTIELLE (I.T.P.)
Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

En cas d'I.T.T., l'Assureur règle à compter du 91^{ème} jour continu d'incapacité, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Incapacité Temporaire Partielle de travail (I.T.P.) :

En cas d'I.T.P. (mi-temps thérapeutique) intervenant dans la continuité d'une I.T.T. indemnisée par l'Assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

La durée maximale de prise en charge par l'Assureur, pour une même I.T.P., est limitée à 180 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'Assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 90 jours, avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'Assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

2.2. INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)

En cas d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'Assuré.

TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE									
TAUX I.P.	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,5	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.T. L'Assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'Assuré est considéré en I.P.P.

L'Assureur règle à compter du 91^{ème} une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSUREE
PRET AMORTISSABLE	<p>I.T.T. : les échéances dues</p> <p>I.P.P. : (N-33)/33 fois le montant de la prestation prévue ci-dessus en cas d'I.P.T. (N étant le taux d'incapacité reconnu)</p> <p>I.T.P. : 50% des échéances dues</p> <p>I.P.T. :</p> <p>Pendant la phase de différé (le cas échéant) : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T.</p> <p>Pendant la phase d'amortissement : le capital restant dû à la date de la reconnaissance de l'I.P.T., conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRET IN FINE / PRET RELAIS (avec différé partiel)	<p>I.T.T. : les échéances d'intérêt dues</p> <p>I.P.P. : (N-33)/33 fois le montant de la prestation prévue ci-dessus en cas d'I.P.T. (N étant le taux d'incapacité reconnu)</p> <p>I.T.P. : 50% des échéances d'intérêt dues</p> <p>I.P.T. : le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date de la reconnaissance de l'I.P.T.</p>

2.3. PERTE D'EMPLOI (P.E.)

L'Assuré bénéficie du droit à indemnisation à la fin d'un **délai de carence de 180 jours continus** décompté à partir de la date de prise d'effet des garanties.

La durée maximale d'indemnisation est de :

- 12 mois au titre d'une même période de chômage,
- 24 mois pour toute la durée de l'adhésion, quel que soit le nombre de périodes de chômage.

L'Assureur règle à compter du 181^{ème} jour de perte d'emploi continue, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Type de prêt	Prestation DANS LA LIMITE DE LA QUOTITE ASSUREE
PRET AMORTISSABLE	75% des échéances dues

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. ET P.E. :

- **Les décisions de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'Assureur**, notamment en matière de taux d'invalidité.
- Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.
- **Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard** appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'Assureur.
- **En cas d'I.T.T., I.T.P., I.P.P. ou P.E. affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt** : le montant des indemnités versées ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.
De la même façon, en cas d'I.P.T. simultanément de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'assureur n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.
- **Prêt avec différé** :
 - s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : **aucune prestation n'est due**,
 - s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.
- **Prêt in fine / prêt relais** : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'Assureur.
- **En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt** :
En cas de variation à la hausse :
Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'Assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion.
Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'Assureur si elle intervient pendant une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.P. ou de P.E. de l'Assuré sauf si elle :
 - résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
 - est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'Assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
 - intervient au plus une fois par an.**En cas de variation à la baisse** :
Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'I.T.T., d'I.T.P., d'I.P.P. ou de P.E.

EXCLUSIONS

1/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de DECES

- Le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même (lorsque l'Assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées).
- Les risques consécutifs à des acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.
- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).
- Les conséquences de tout phénomène de radioactivité. Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux, de fausse manœuvre ou d'erreur dans leur utilisation sont garantis, dès lors qu'ils se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de maladie ou d'accident garanti.

2/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de P.T.I.A.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès.
- Les conséquences d'une tentative de suicide, de mutilation volontaire et de tout acte intentionnel de la part de l'assuré.
- Les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'Assuré est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie au titre du Code de la route ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits médicamenteux ou consommés au-delà des doses prescrites.

3/ Sont exclus de la garantie prévue en cas d'I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de P.T.I.A.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE POURRONT, APRES ETUDE DE L'ASSUREUR, ETRE SUPPRIMEES OU ADAPTEES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLEMENTAIRE.

- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.
- La pratique à titre amateur des sports ou activités listés ci-dessous (sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation encadré(e) par un professionnel habilité) :
 - parapente
 - ultra léger motorisé (ULM),
 - planeur
 - deltaplane
 - parachutisme
 - bobsleigh
 - skysurf

- wingsuit
- saut à l'élastique
- kitesurf,
- rafting,
- canyoning
- plongée sous-marine avec appareil autonome
- ski hors-piste sans moniteur diplômé
- ski acrobatique
- alpinisme sans guide breveté
- escalade
- spéléologie
- rugby
- sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté)
- sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur

LES EXCLUSIONS DE CET ENCADRE, POUR LES PERSONNES A ASSURER QUI EN FERONT LA DEMANDE UNIQUEMENT AU MOMENT DE LEUR ADHESION, POURRONT ETRE DE MANIERE INDISSOCIABLE, SUPPRIMEES OU ADAPTEES MOYENNANT LE PAIEMENT D'UNE COTISATION COMPLEMENTAIRE.

- Les conséquences des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie). Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une intervention chirurgicale ou une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 4 jours. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91ème jour d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'intervention chirurgicale ou l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette intervention chirurgicale ou hospitalisation.
- Les conséquences des affections psychiques (y compris les dépressions, les syndromes anxio-dépressifs, les fibromyalgies, maladie ou syndrome d'Ehlers-Danlos, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, le burnout et les syndromes de fatigue chronique). Toutefois, ces affections sont prises en charge si elles ont nécessité une hospitalisation pendant une période continue d'au moins 5 jours dans un établissement spécialisé. La prise en charge par l'Assureur interviendra alors au plus tôt à compter du 91ème jour d'incapacité ou d'invalidité ayant entraîné l'hospitalisation, sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption entre cette période d'incapacité/invalidité et cette hospitalisation.

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

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

4/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de P.E.

- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause y compris pour inaptitude au travail,
- la démission même prise en charge par Pôle Emploi ou par un organisme équivalent,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,

- la rupture du contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- le licenciement si l'Assuré est salarié :
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteur contrôlée ou dirigée par son conjoint, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants (sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise).

FIN DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent pour tous les risques :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'Assuré,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt par suite de non paiement d'une ou plusieurs échéances et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'Assureur du capital en cas de Décès, de P.T.I.A. ou d'I.P.T.,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation est atteinte pour la P.E. (12 mois par période de chômage ou 24 mois pour toute la durée de l'adhésion, quel que soit le nombre de périodes de chômage),
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours est atteinte pour la garantie I.T.P.,
- au 85^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Décès,
- au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties P.T.I.A., I.T.T., I.P.T., I.T.P. et I.P.P.,
- au 62^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie P.E.,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge normal de la profession ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'incapacité au travail en ce qui concerne les garanties I.T.T., I.P.T., I.T.P., I.P.P. et P.E.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée au Délégué :
MULTI-IMPACT - 41-43 Avenue Hoche - CS110002 - 51687 REIMS CEDEX.

Dans tous les cas, sous peine de déchéance, les contrôles médicaux demandés par l'Assureur devront avoir lieu en France, DROM COM ou Monaco.

FORMALITES ET JUSTIFICATIFS A FOURNIR :

Il conviendra de fournir à l'Assureur le certificat d'adhésion, les pièces listées ci-après, ainsi que toute autre pièce jugée nécessaire par l'assureur au règlement des prestations.

1/ En cas de Décès

Devront être adressés :

- un acte de décès et si le décès est accidentel, l'extrait du procès verbal de gendarmerie ou de police, son numéro et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, le numéro de ce procès verbal et l'adresse du Tribunal de Grande Instance où il est déposé ; à défaut, une coupure de presse,
- un certificat médical post-mortem (sur l'imprimé établi par l'assureur), précisant le genre de maladie ou d'accident auquel a succombé l'Assuré,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du décès.

CAS PARTICULIER : Si le décès survient hors de la France Métropolitaine, d'un DROM COM ou de Monaco, et si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

2/ En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Devront être adressés :

- une déclaration de l'Assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur)
- un certificat médical du médecin de l'Assuré (sur l'imprimé établi par l'Assureur),
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de la P.T.I.A.

3/ En cas d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical du médecin de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de deuxième catégorie par la Sécurité Sociale, si l'Assuré en bénéficie,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'I.P.T.

4/ En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Incapacité Temporaire Partielle de travail ou d'Invalidité Permanente Partielle

Au début de l'Incapacité ou de l'Invalidité :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé en cas d'accident, au jour de sa survenance, ou en cas de maladie, au jour de la première visite du médecin traitant.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée. Les incapacités de travail d'une durée inférieure à la durée de franchise ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une déclaration de l'Assuré, sur l'imprimé établi par l'Assureur,
- un certificat médical sur imprimé établi par l'Assureur,
- les volets ou l'attestation de prestations de la Sécurité Sociale si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat),
- le tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail.

Au cours de l'incapacité ou de l'invalidité :

Devront être adressés :

- les certificats médicaux attestant de la poursuite de l'invalidité ou de l'incapacité,
- les volets de la Sécurité Sociale attestant le paiement d'indemnités journalières ou d'une pension d'invalidité, si l'Assuré en bénéficie,
- un justificatif de la Sécurité sociale et cas de mi-temps thérapeutique (garantie Incapacité Temporaire Partielle de travail du contrat),
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

A la fin de l'Incapacité :

Il est indispensable de remettre à l'Assureur un certificat de fin d'incapacité rempli par l'Assuré à l'aide d'un formulaire établi et fourni par l'Assureur lors de la première demande d'indemnisation. Cette remise permettra de déterminer les prestations en cas de rechute.

5/ En cas de Perte d'Emploi

Au début de la Perte d'Emploi :

La demande d'indemnisation devra être faite par écrit à l'Assureur, avant l'expiration du délai de franchise, sauf en cas de force majeure. Le début de ce délai étant fixé à la date du licenciement. En cas de déclaration tardive, l'Assureur prendra en charge le sinistre à compter de la date de la déclaration sans faire application de la franchise, cette franchise étant réputée épuisée. Les Pertes d'Emploi d'une durée inférieure à la durée de franchise ne donneront lieu à aucun paiement.

Devront être adressés dans les meilleurs délais :

- une copie de la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivré par Pôle Emploi ou un organisme assimilé de l'Etat,
- l'attestation de l'employeur (ou des employeurs) précédent(s) précisant :
 - la nature du contrat de travail au moment du licenciement,
 - les natures, dates de début et de fin des contrats de travail depuis l'adhésion au contrat,
- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- le tableau d'amortissement arrêté à la date du licenciement.

Au cours de la période de Perte d'Emploi :

Devront être adressés :

- les bordereaux de paiement des prestations de Pôle Emploi ou de tout autre organisme assimilé, depuis l'origine,
- les tableaux d'amortissement éventuellement émis périodiquement (cf. paragraphe « En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt »).

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à 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.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARBITRAGE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'Assuré en état de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.P.T., d'I.T.P. ou d'I.P.P., afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'Assuré (ou ses ayants droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'Assuré (ou ses ayants droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa **réclamation écrite** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Réclamations - TSA 70100 - 75309 Paris cedex 09 - servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'Assuré (ou ses ayants droit) ou par l'Assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'Assuré (ou ses ayants droit) et l'Assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'Assuré (ou ses ayants droit) peut saisir le Médiateur en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

MULTI IMPACT en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p>

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégués de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- d'un droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenoy-TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégué de gestion : MULTI IMPACT - 41/43 avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS cedex
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

En cas de renonciation de l'adhésion, le Délégué MULTI-IMPACT en informera l'organisme financier prêteur.

1/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE QUELLES QUE SOIENT LES MODALITES DE DIFFUSION DU CONTRAT (ARTICLE L 132-5-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

L'Assuré peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Modèle de lettre type à adresser à MULTI-IMPACT :

« Nom et prénoms : / Adresse : / N° du contrat :
Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément en vertu de l'article L 132-5-1 du code des assurances à mon adhésion au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7270, signée le _____ auprès de M. (Indiquer le nom du conseiller).

Fait à _____, le _____

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

2/ DELAI DE RENONCIATION APPLICABLE EN CAS DE VENTE A DISTANCE DU CONTRAT (ARTICLE L 112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES) :

Les présentes dispositions ne sont applicables que dans l'hypothèse où l'adhésion est conclue sans la présence simultanée des parties, qui utilisent alors exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

L'Assuré peut alors renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus, à compter :

- soit du jour où son adhésion est conclue,
- soit du jour où il reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L 112-2-1, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée ci-avant.

Les adhésions pour lesquelles s'applique ce droit à renonciation ne peuvent recevoir de commencement d'exécution avant la fin des trente jours, sans un accord de l'Assuré.

Modèle de lettre type à adresser à MULTI-IMPACT :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion en vertu de l'article L112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance groupe emprunteur n°7270, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).

Signature : » NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références