

E M P R U N T E U R

ca assure

CONDITIONS GENERALES

valant notice d'information

Contrat d'assurance collective n° 24.747



Dispositions générales

1. PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- **"Contractante"**: désigne SSN intervenant sous le nom commercial "ÇAASSURE";
- **"Organisme prêteur"** : désigne l'organisme ayant consenti une opération de crédit à une personne physique ou à une personne morale ;
- **"Assureur"**: désigne QUATREM ASSURANCES COLLECTIVES ;
- **"Emprunteur"** : désigne la personne physique souscriptrice de l'opération de crédit ;
- **"Assuré"** : désigne la personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties.

2. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail ou de perte d'emploi de l'assuré.

L'emprunteur reste tenu de rembourser les sommes dues à l'organisme prêteur jusqu'à versement des prestations et même au-delà en cas de paiement partiel par l'assureur.

3. BASES LEGALES

Le contrat est régi par le Code des assurances.

Les risques sont garantis par QUATREM Assurances Collectives, entreprise gérée par le Code des assurances, société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 566 000 029 euros RCS Paris 412.367.724 - 59/61, rue La Fayette - BP 460 09 - 75009 Paris cedex 09 - E-mail : service.clients@quatrem.fr. QUATREM Assurances Collectives est contrôlée par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Incontestabilité

Les déclarations de la contractante et des assurés servent de base au contrat qui est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions des articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des assurances.

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance en application des dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances. La prescription est portée à dix ans en cas de décès.

Faculté de renonciation

Pendant les trente jours qui suivent le premier versement des cotisations et sous réserve de l'accord exprès de l'organisme prêteur, l'assuré a la faculté de renoncer aux garanties souscrites conformément à l'article L.132-5 du Code des assurances.

A cette fin, il doit adresser à l'assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dont les termes peuvent être les suivants :

" Je soussigné(e)... déclare par la présente renoncer à mon adhésion au présent contrat que j'ai signée en date du ... et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le ... "

Dans le cas où l'assuré exerce sa faculté de renonciation, l'assureur doit lui restituer la totalité des sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Loi "Informatique et Libertés"

Les informations concernant l'assuré sont utilisées conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur et, le cas échéant, aux mandataires de ce dernier, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.

L'assuré peut accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès du :

SERVICE CLIENTS QUATREM,
59-61 rue Lafayette – B.P. 460.09 – 75423 PARIS cedex 09
e-mail : service.clients@quatrem.fr

Réclamations – Médiation

En cas de difficultés dans l'application des dispositions du contrat, l'assuré peut s'adresser au SERVICE RECLAMATION / MEDIATION de QUATREM Assurances Collectives qui l'aidera à rechercher une solution. Si un accord n'est pas ainsi trouvé, l'assuré pourra demander un avis au médiateur de l'assureur. Le médiateur, personnalité extérieure à QUATREM Assurances Collectives, rend son avis en toute indépendance. En cas de désaccord sur l'avis rendu par le médiateur, le recours à une action de justice reste toujours possible.

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non respect des dispositions de la convention AERAS, l'assuré pourra s'adresser à la Commission de Médiation – 61 rue Taitbout – 75009 PARIS, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

Législation

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs, ou ayant des répercussions sur le présent contrat, est de plein droit applicable.

Dispositions relatives aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail

Chap. 1

DISPOSITIONS ENVERS LES ASSURES

4. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

L'assurance concerne les opérations de crédit suivantes, consenties par des établissements de crédit français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre des Communautés européennes, réalisées en euros, d'un montant (1) maximum de **8.000.000 euros**, d'une durée maximale de 30 ans et conclues postérieurement à la date d'effet du présent contrat :

- PRETS AMORTISSABLES

(y compris avec différé d'amortissement maximum de 24 mois)

- **PRETS REMBOURSABLES AU TERME** avec ou sans report des intérêts (y compris prêts relais d'une durée maximale de 24 mois) suivant les conditions prévues ci-dessus.

(1) le terme "montant" englobe par assuré :

- l'opération de crédit faisant l'objet de la demande d'adhésion, après application de la quotité garantie,
- l'encours déjà garanti sur la tête de l'assuré au titre du présent contrat et des contrats 12.200 et 16.725.

5. GARANTIES COUVERTES

Les garanties couvertes sont :

OPTION 1

- le DECES,
- la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, (PTIA)

OPTION 2

- le DECES,
- la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,
- l'INCAPACITE DE TRAVAIL (*incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale*) de l'assuré.

6. PERSONNES ASSURABLES - QUOTITE GARANTIE

Sont assurables, les personnes physiques âgées de moins de **80 ans** lors de leur demande d'adhésion, qui résident sur le territoire français, ou les ressortissants français qui résident dans l'un des pays de l'Union européenne telle que composée au jour de la prise d'effet du présent contrat (27 Etats membres) et qui agissent **en leur nom propre**, en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de caution solidaire de l'emprunteur **ou pour le compte d'une personne morale**, en qualité d'associés ou de dirigeants.

Remarques :

• *Seule l'option 1-Décès-PTIA sera accordée dans le cadre des opérations de crédit souscrites par des personnes physiques résidant en Corse ou dans les Départements et Territoires d'Outre-mer, ainsi que par des ressortissants français qui résident dans l'un des 27 Etats membres de l'Union européenne (résidant hors de France).*

• *Seule la garantie décès sera accordée aux ressortissants Européens de moins de 80 ans qui résident dans l'un des 27 Etats membres de l'Union européenne et résidant hors de France, sous réserve que le prêt à garantir soit :*

- *souscrit auprès d'un organisme financier situé en France,*
- *libellé en euros,*
- *rédigé en Français.*

• *L'option 2 ne pourra être consentie qu'aux personnes physiques de moins de 60 ans qui, au jour de leur adhésion exercent une activité professionnelle rémunérée à temps plein ou à temps partiel (durée hebdomadaire au moins égale à 28 heures) et ne se trouvent pas en état d'incapacité totale de travail par suite de maladie ou d'accident.*

• *Seule la garantie décès sera accordée pour les opérations de crédit consenties aux seniors, personnes physiques âgées de 60 ans ou plus – mais de moins de 80 ans – lors de leur demande d'adhésion, et qui agissent en tant qu'emprunteur, co-emprunteur ou caution solidaire de l'emprunteur.*

Pour les seniors, le montant maximum, encours compris, ne pourra pas excéder 1 200 000 € pour les prêts amortissables et 460 000 € pour les prêts remboursables au terme.

Quotité garantie

En ce qui concerne la couverture des risques de décès et de P.T.I.A., la quotité garantie doit être égale ou supérieure à 30 % et peut aller jusqu'à 100 % sur la tête de chaque emprunteur et/ou co-emprunteur et/ou caution.

S'agissant de la couverture des risques d'incapacité de travail, la quotité garantie peut varier de 0 à 100 % suivant le choix de l'assuré au jour de sa demande d'adhésion.

En tout état de cause, la quotité décès et P.T.I.A. doit toujours être supérieure ou égale à la quotité incapacité de travail.

7. FORMALITES D'ADHESION

Chaque personne à assurer doit régulariser un bulletin d'adhésion sur lequel figurent notamment :

- son état civil et son adresse (actuelle et future le cas échéant),
- le montant de l'encours déjà garanti sur sa tête au titre du présent contrat,
- les caractéristiques de chaque opération de crédit concernée ainsi que la quotité garantie,

-ses déclarations comportant notamment son consentement à l'assurance en cas de décès et son accord pour que les prestations dues au titre des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie soient versées, à titre irrévocable, à l'organisme prêteur.

Ce bulletin d'adhésion doit mentionner les indications relatives à la durée de l'opération de crédit, à son montant et à ses conditions d'amortissement.

La personne assurable doit également satisfaire aux formalités suivantes :

CAPITAL (en euros)	AGE A L'ADHESION			
	< 40 ans	40 à 49 ans	50 à 64 ans	65 à 80 ans
< 160 000	QS	QS	QM	FM1
≥ 160 000 < 200 000	QM	QM	FM1	FM2
≥ 200 000 < 250 000	QM	FM3	FM3	FM5
≥ 250 000 < 450 000	FM3	FM3	FM3	FM5
≥ 450 000 < 1 000 000	FM4	FM4	FM6	FM7
à partir de 1 000 000	FM6	FM6	FM7	FM7

- QS** Questionnaire de santé simplifié (questions 1 à 7)
- QM** Questionnaire médical (questions 1 à 11)
- FM1** Questionnaire médical + rapport médical
- FM2** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan sanguin
- FM3** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral
- FM4** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin
- FM5** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + PSA
- FM6** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + Rapport cardiovasculaire
- FM7** Questionnaire médical + rapport médical + Bilan viral + Bilan sanguin + Rapport cardiovasculaire + PSA

Bilan Viral : Ag HBs, sérologie HCV, sérologie HIV 1 et 2
Bilan sanguin : hémogramme, Vitesse de sédimentation, Numération des plaquettes, glycémie, Cholestérol Total et HDL, Triglycérides, Créatinine, Acide urique, Transaminases)
PSA : Prostatic Specific Antigen
Rapport cardio-vasculaire : rapport d'examen établi par un cardiologue avec ECG et compte rendu.

FORMALITES FINANCIERES

Montant(1) ≥ 1 000.000 euros

Déclaration sur la situation financière de la personne à assurer.

Montant(1) ≥ 1.500.000 euros

Formalités au cas par cas.

(1) Le terme "montant" englobe par personne à assurer :

- le montant du (ou des) opération(s) de crédit faisant l'objet de la demande d'adhésion, après application de la (des) quotité(s) à garantir;

- l'encours déjà garanti au titre du présent contrat et des contrats 12.200 et 16.725.

Dans tous les cas, l'assureur peut demander les pièces et examens médicaux complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'acceptation.

L'assureur prend en charge les frais et honoraires résultant des formalités d'adhésion précitées sauf dans l'hypothèse où la personne à assurer renonce de son propre chef à la demande d'adhésion à l'assurance.

Acceptation de la personne à assurer

Après examen des formalités médicales et le cas échéant des pièces et examens complémentaires, l'assureur peut :

- accorder l'assurance aux conditions normales,

- formuler des restrictions de garantie,
- accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou formuler le cas échéant des restrictions de garantie,
- refuser ou ajourner l'adhésion de la personne à assurer.

Si la demande d'adhésion au présent contrat, au titre d'un prêt immobilier ou professionnel, est refusée pour des raisons liées à l'état de santé de la personne à assurer, sous réserve du respect des conditions prévues par la convention AERAS, une assurance dite de "3° niveau" pourra être étudiée.

Chaque personne physique ayant été acceptée, acquiert alors la qualité d'assuré aux conditions notifiées par l'assureur.

Après acceptation par l'assureur, le premier déblocage des fonds doit intervenir dans un délai de six mois. Si cette condition n'est pas remplie, l'assuré doit satisfaire à nouveau aux formalités médicales décrites ci-avant.

Il est en outre prévu que postérieurement à son acceptation et à l'établissement du certificat d'adhésion par l'assureur, l'assuré devra fournir à l'assureur le contrat de prêt et le tableau d'amortissement.

8. DEBUT DES GARANTIES

Sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion de chaque intéressé et du paiement de la première cotisation, les garanties prennent effet à la date d'existence d'un engagement de l'assuré vis-à-vis de l'organisme prêteur matérialisé soit par la signature du contrat de prêt soit par l'envoi de l'avis de mise à disposition des fonds et au plus tôt à la date d'acceptation expressément notifiée par l'assureur dans le certificat d'adhésion.

9. FIN DES GARANTIES

A l'égard de chaque assuré, les garanties cessent :

- en ce qui concerne la garantie décès, le jour de son 85^e anniversaire ;
- à la date de départ en retraite, quelle qu'en soit la cause, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable en ce qui concerne les garanties perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail ;
- le jour de son 60^e anniversaire en ce qui concerne la garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
- le jour de son 65^e anniversaire en ce qui concerne la garantie incapacité de travail ;
- en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers l'organisme prêteur, c'est-à-dire :
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un sinistre par l'assureur,
 - au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou par anticipation, sauf application des dispositions prévues à l'article 10.
- en cas de résiliation de l'adhésion selon les dispositions prévues à l'article 10 (modification de la situation de l'assuré) et à l'article 11.

10. MODIFICATIONS POSSIBLES DE L'ASSURANCE PENDANT LA DUREE DE L'OPERATION DE CREDIT

En cas de modification en cours d'adhésion, de la situation de l'emprunteur, des caractéristiques du prêt ou de l'acte de cautionnement, l'assuré doit en informer SSN par écrit et communiquer les éléments actualisés.

Cette information est faite par l'envoi d'une lettre recommandée dans les quatre vingt dix jours qui suivent ledit changement.

Remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit

L'assiette de la cotisation est alors le capital restant dû à la date de remboursement anticipé partiel.

Modification de la situation de l'assuré

L'assuré doit informer l'assureur de tout changement de domicile, de statut, d'activité professionnelle ou en cas de cessation d'activité professionnelle.

Cette information est faite par l'envoi à l'assureur d'une lettre recommandée dans les quatre vingt dix jours qui suivent ledit changement. En cas de survenance d'un des événements précités, l'assureur a la faculté de revoir les conditions d'adhésion (hausse ou baisse du tarif voire résiliation de l'adhésion) ; cette révision prend effet un mois après que l'autre partie en a reçu notification.

En cas de hausse du tarif, et sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, l'assuré a la faculté de résilier son adhésion dans les 10 jours suivant sa notification par lettre recommandée adressée à l'assureur. L'assureur adresse à l'organisme prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

Maintien de l'assurance en cas de substitution d'assuré

Toute personne physique, intervenant en lieu et place de celle précédemment assurée, au titre d'une même opération de crédit garantie, doit :

- formuler une demande d'adhésion au contrat,
- satisfaire aux formalités d'admission prévues à l'article 7 en fonction de l'encours à la date du transfert.

L'assiette servant de base de calcul pour la nouvelle cotisation reste inchangée.

Retour à un taux de cotisation normal

Un assuré qui supporte l'application d'une cotisation majorée en raison de son état de santé, peut demander à se soumettre, à ses frais, à un nouvel examen médical. Si les résultats sont satisfaisants, la majoration peut être annulée ou réduite.

Cette modification prend effet à la date de première échéance qui suivra la notification de la demande par l'assureur.

Plans conventionnels de règlement (loi NEIERTZ) sur le surendettement des particuliers

En cas de réaménagement d'une opération de crédit dans le cadre d'une procédure de surendettement, il y a continuité des garanties initiales dans le respect des préconisations du plan conventionnel de règlement.

L'assuré communique à l'assureur le plan conventionnel de règlement, ainsi que le nouveau tableau d'amortissement de l'opération de crédit.

Autre aménagement de l'opération de crédit (non prévue au contrat de crédit)

Ledit aménagement entraîne un ajustement de la cotisation et une nouvelle sélection médicale, lorsque :

- la valeur de l'encours de l'opération de crédit subit une augmentation supérieure à 20 %,
- la durée de l'opération subit une augmentation supérieure à 20 % ou 2 ans par rapport à sa durée initiale.

Un assuré qui est en arrêt de travail ne peut bénéficier d'une augmentation des échéances (en nombre ou en montant), pour les garanties incapacité de travail, qu'après avoir repris son activité professionnelle a temps complet.

11. AUGMENTATION DES TAUX DE COTISATION

L'assureur, en accord avec la contractante, se réserve le droit d'augmenter les taux de cotisation en fonction de l'évolution générale des risques garantis de l'assuré ou des résultats contractuels constatés. Cette augmentation est notifiée à l'assuré et s'applique à la première échéance anniversaire.

En cas de refus de l'assuré et sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur, celui-ci a la faculté de résilier son adhésion dans les dix jours suivant sa notification par lettre recommandée adressée à l'assureur. L'assureur adresse alors à l'organisme prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

DEFINITION DES GARANTIES

12. GARANTIE DECES

L'assurance s'applique en cas de décès de l'assuré sous réserve des exclusions prévues au chapitre 3 - EXCLUSIONS.

13. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assurance s'applique en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, appréciée selon les critères suivants :

- L'assuré doit être reconnu par un médecin-expert désigné par l'assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer). Le taux d'incapacité est apprécié par application des mêmes dispositions que pour l'incapacité permanente totale.

S'agissant d'un assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale, il doit en outre être reconnu atteint par la Sécurité sociale d'une incapacité permanente d'un taux égal à 100 % avec, en outre, majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer), s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou être classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de 3^e catégorie, dans les autres cas.

L'assureur se réserve néanmoins le droit de contester les conclusions de la Sécurité sociale qui ne le lient pas.

14. GARANTIES INCAPACITE DE TRAVAIL

L'assurance s'applique à l'assuré réputé en état d'incapacité temporaire totale ou d'incapacité permanente totale, selon les critères suivants :

Incapacité temporaire totale

L'assuré doit être dans l'impossibilité complète, médicalement justifiée, d'exercer son activité professionnelle.

Cet état cesse au jour de reconnaissance d'une incapacité permanente (quelle qu'elle soit) et au plus tard au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Incapacité permanente totale

L'assuré doit être dans l'incapacité totale et définitive de se livrer à aucune occupation ou travail lui donnant gain ou profit et présenter un taux d'incapacité qui est et demeure au moins égal à 66 % par suite de maladie ou d'accident, déterminé par un médecin-expert désigné par l'assureur, en fonction de l'incapacité fonctionnelle et de l'incapacité professionnelle.

Est exclue l'incapacité permanente partielle (taux d'incapacité inférieur à 66 %).

S'agissant d'un assuré assujéti à la Sécurité sociale, il doit en outre être reconnu atteint par la Sécurité sociale d'une incapacité d'un taux au moins égal à 66 % s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ou être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 2^e catégorie dans les autres cas.

L'assureur se réserve néanmoins le droit de contester les conclusions de la Sécurité sociale qui ne le lient pas.

Le taux d'incapacité est donc établi en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, par accord ou par arbitrage entre les parties, d'après le guide-barème concours médical en vigueur à la date de reconnaissance de l'état d'incapacité permanente totale ou de la perte totale et irréversible d'autonomie.

L'incapacité professionnelle est définie par accord ou par arbitrage.

Elle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes. Le tableau figurant ci-après, indiquant les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (B.C.A.C.).

Taux d'Incapacité Fonctionnelle

Taux d'Incapacité Professionnelle	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	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	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	92,22	100,00

Remarque :

- Les garanties incapacité de travail s'exercent à condition que :
 - l'état de santé de l'assuré n'ait pas déjà entraîné sa mise en perte totale et irréversible d'autonomie,
 - l'assuré exerce une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non salariée) au jour du sinistre.
- Les garanties incapacité de travail ne jouent au profit d'un assuré agissant en qualité de caution bancaire que, lorsqu'au jour du sinistre, la caution a été appelée en garantie officielle depuis plus de 6 mois, par l'organisme prêteur et par suite de défaillance du cautionné.
- Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ou de tout autre organisme professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'incapacité permanente totale.
- Si l'assuré est assujéti à la M.S.A. (Mutualité sociale agricole), il doit en outre être reconnu par cet organisme dans la catégorie des invalides à 100 % pour permettre un classement en état d'incapacité permanente totale.

Chap. 3 EXCLUSIONS

15. EXCLUSIONS NON RACHETABLES

15.1 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

(Décès-Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Incapacité de travail)

Sont exclus des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail :

- Le suicide de l'assuré ou les tentatives de suicide de l'assuré survenant au cours de la première année d'assurance, sauf les cas prévus par l'article L.132-7 du Code des Assurances issu de la loi n° 2001-1135 du 03 Décembre 2001, ainsi que les suites et conséquences :
 - de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires, de rixes, de crimes ou délits (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger).
 - d'accidents de navigation aérienne, sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée (ce pilote pouvant être l'assuré).

15.2 EXCLUSIONS PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE – INCAPACITE DE TRAVAIL

Outre les exclusions prévues à l'article 15.1 EXCLUSIONS GÉNÉRALES, sont également exclus des garanties perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail les suites et conséquences :

- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- de l'usage de stupéfiants, de substances médicamenteuses non prescrites médicalement ;
- d'accidents résultant de la consommation de boissons alcoolisées constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal en vigueur à la date de survenance de l'accident ;

- des accidents et maladies relevant du fait intentionnel de l'assuré ou dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ;
- des accidents résultant de la participation de l'assuré à des compétitions amateurs, des paris ou des tentatives de records nécessitant l'usage d'un engin à moteur ;
- des accidents résultant de la pratique par l'assuré du saut à l'élastique ou de la tauromachie.

15.3 EXCLUSIONS INCAPACITE DE TRAVAIL

Outre les exclusions prévues aux articles 15.1 et 15.2, sont aussi exclues des garanties incapacité de travail les suites et conséquences :

- de la grossesse et de l'accouchement sauf en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à des complications pathologiques se poursuivant plus de 90 jours après la fin du congé légal de maternité ;
- de traitements esthétiques, de cures thermales acceptées ou non par la Sécurité sociale, de séjours en maison de repos.

16. EXCLUSIONS RACHETABLES

Les exclusions ci-dessous peuvent faire l'objet d'un rachat au jour de la demande d'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations complémentaires correspondantes fixées par l'assureur.

16.1 EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Sont exclues des garanties P.T.I.A. et incapacité de travail les suites et conséquences :

- de la participation à des compétitions hippiques ou d'équitation ;
- de la pratique de la spéléologie ;
- de la pratique de sports aériens (parachutisme, parapente, deltaplane, U.L.M., vol à voile, ...)
- de la pratique de sports de montagne (alpinisme, escalade) ;
- de la pratique des sports nautiques suivants : plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur, navigation hauturière en solitaire
- de la pratique des sports de neige suivants : bobsleigh, combiné nordique, saut à ski, skeleton, ski alpin hors piste ou surf hors piste, skiathlon ;
- de la pratique régulière d'activités sportives utilisant un engin moteur (automobile, motocyclisme, motonautisme, jet-ski, scooter des mers, motoneige, ...)

Les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte de ces sports aériens, de montagne, nautiques, de neige et d'activités sportives utilisant un engin à moteur sont couvertes gratuitement.

- de la pratique de tout sport à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves).

16.2 EXCLUSIONS GARANTIES INCAPACITE DE TRAVAIL

Sont exclues des garanties incapacité de travail les suites et conséquences :

- de la pratique des sports nautiques suivants : canyoning, hydrospeed, kayak de mer, rafting, surf en compétitions ;
- de la pratique des sports de neige suivants : hockey sur glace, luge en compétitions, ski artistique.

Les conséquences de la pratique encadrée lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte de ces sports nautiques et de neige sont couvertes gratuitement.

De plus, sont exclues des garanties incapacité de travail les pathologies suivantes :

• *Affection du dos :*

Les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences, sont exclues de la couverture ; toutefois les infections, les tumeurs et les affections qui entraînent une hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs en service de rhumatologie ou qui justifient une intervention chirurgicale sont prises en charge.

• *Affections psychiques :*

Les incapacités de travail et invalidité résultant de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique et d'affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, et les troubles graves de la personnalité sont exclues de la couverture sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins 30 jours consécutifs dans un hôpital public, privé ou une clinique médicale.

Moyennant une majoration de primes, les affections du dos et les affections psychiques telles que mentionnées ci-dessus peuvent faire l'objet d'un rachat de l'exclusion qui deviendrait :

• *Affection du dos :*

Les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes paravertébrales, leurs suites et conséquences, sont exclues de la couverture ; toutefois les infections, les tumeurs et les affections qui entraînent une hospitalisation d'au moins 5 jours consécutifs en service de rhumatologie ou qui justifient une intervention chirurgicale sont prises en charge.

• *Affections psychiques :*

Les incapacités de travail et invalidité résultant de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique et d'affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, et les troubles graves de la personnalité sont exclues de la couverture sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs dans un hôpital public, privé ou une clinique médicale.

17. ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance s'applique sans limitation territoriale.

L'assureur peut cependant convoquer l'assuré en France métropolitaine, pour contrôler toute perte totale et irréversible d'autonomie ou incapacité de travail.

Chap. 4 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

18. PREAMBULE

Aux prestations prévues ci-après sont appliquées le coefficient correspondant à la quotité garantie reposant sur la tête de l'assuré et ses conditions d'admissibilité.

19. GARANTIE DECES

Les prestations garanties par l'assureur s'expriment sous forme d'un capital versé à l'organisme prêteur déterminé comme suit :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE	100 % du CAPITAL RESTANT DU au jour du décès sans que celui-ci soit supérieur à celui indiqué sur le tableau d'amortissement au 1 ^{er} janvier dans la limite du plafond fixé aux articles 4 et 6
PRET REMBOURSABLE AU TERME	100 % du CAPITAL INITIAL dans la limite du plafond fixé aux articles 4 et 6

Pour les prêts à débloques successifs des fonds, les prestations versées à l'organisme prêteur correspondent à la seule partie de l'engagement débloqué au jour du décès.

Le solde correspondant à la différence entre les prestations versées au jour du décès et le capital garanti est, le cas échéant, versé à l'organisme prêteur au fur et à mesure des débloques successifs des fonds.

20. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

L'assureur effectue, par anticipation, le versement prévu en cas de décès ; son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie. L'assuré au titre duquel a joué la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, est exclu de l'assurance pour toute nouvelle opération de crédit.

21. GARANTIES INCAPACITE DE TRAVAIL

Si l'assuré est atteint d'une incapacité temporaire totale ou d'une incapacité permanente totale de plus de **90 jours** consécutifs (délai de franchise), l'assureur verse à l'assuré une prestation égale à **100 %** des ECHEANCES dues, et ce dans la limite de la quotité garantie et du plafond fixé à l'article 22.

Ce versement est cependant subordonné au fait que l'assuré rapporte la preuve du respect de ses engagements vis-à-vis de l'organisme prêteur (attestation de ce dernier établissant le respect de l'échéancier initialement fixé).

Les prestations sont calculées à compter du 91^e jour d'arrêt complet et continu, au prorata du nombre de jours pour la première et dernière échéance à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours).

Pendant la phase de différé d'amortissement, seules les échéances d'intérêts dues (**à l'exclusion de tout amortissement partiel ou total du capital**) sont prises en charge par l'assureur.

En ce qui concerne les prêts remboursables au terme, l'assureur verse à l'assuré les prestations égales aux seules échéances d'intérêts dues (**à l'exclusion de tout amortissement partiel ou total du capital**) à compter du **91^e jour d'arrêt de travail complet et continu** dans les conditions mentionnées au présent article.

Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'incapacité totale de l'assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées à l'article 9 - FIN DES GARANTIES.

Il cesse également d'être dû en cas :

- de reprise d'une quelconque activité professionnelle ou de formation, même partielle,
- d'interruption de versement des prestations en espèces par la Sécurité sociale, si l'assuré est affilié à cet organisme,

- de non-renouvellement des pièces justificatives lors d'une prolongation d'arrêt de travail (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif ou avis de prolongation),
- de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure),
- de reconnaissance d'une perte totale et irréversible d'autonomie ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu en cas de décès.

Rechute

Lorsque l'assuré reprend son activité après un arrêt de travail lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il rechute du fait de la même affection dans les 60 jours, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même incapacité. Aucun délai de franchise n'est donc à nouveau appliqué dans ce cas. Si la rechute intervient au-delà des 60 jours, elle est considérée comme une nouvelle incapacité.

L'application de ces dispositions relatives à la rechute est subordonnée à la condition que l'adhésion au présent contrat soit toujours en cours.

22. ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR

- Lorsque plusieurs personnes physiques sont assurées au titre d'une même opération de crédit, le montant total des prestations versées par l'assureur ne peut excéder au global, en cas de pluralité de sinistres, le montant des sommes dues pour une quotité de 100 %.
- L'engagement mensuel de l'assureur au titre des garanties incapacité de travail, toutes opérations de crédit confondues, est plafonné, par assuré, à 6.000 €.

Chap. 5 COTISATIONS

23. MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles - tous frais et taxe compris - sont fixées en fonction de l'âge atteint de l'assuré, de sa catégorie professionnelle, des garanties et options souscrites et des taux en vigueur. Les cotisations sont calculées sur le montant du capital restant dû ; elles évoluent ensuite en fonction de l'âge de l'assuré, des tarifs en vigueur et du montant du capital restant dû à cette date.

24. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. La périodicité (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) et le mode de paiement (prélèvement automatique ou chèque) sont choisis par l'adhérent lors de sa demande d'adhésion.

Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour le paiement mensuel ou trimestriel.

Modification de la périodicité

L'assuré qui souhaite modifier la périodicité doit adresser à l'assureur, au plus tard le 31 octobre, une lettre de demande de modification. Cette modification prendra effet au plus tôt au 1er janvier. Passé ce délai, la modification ne pourra intervenir à cette date et sera reportée au 1^{er} janvier suivant.

25. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations par l'assuré aux échéances fixées d'un commun accord entre ces parties. En cas de non paiement de cotisations dans les dix jours de leur échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée à l'assuré conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances.

L'assureur envoie à l'organisme prêteur un courrier l'avisant de cette mise en demeure.

A défaut de paiement, l'adhésion au présent contrat est résiliée de plein droit à l'expiration d'un délai de quarante jours.

L'assureur adresse à l'organisme prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

26. EXONERATION DES COTISATIONS

Dès lors que l'assureur verse des prestations au titre des garanties incapacité de travail, l'assuré est exonéré du paiement des cotisations afférentes aux garanties incapacité de travail et de celles afférentes à la garantie décès en fonction de la quotité garantie.

Chap. 6 PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Les prestations garanties sont payées sur présentation des pièces justificatives suivantes :

En cas de Décès

- original du bulletin d'adhésion,
- original du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement arrêté à la date du décès,
- extrait de l'acte de décès de l'assuré,
- original du certificat médical, fourni par l'assureur, complété par le médecin traitant indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide, homicide...),
- en cas de décès accidentel, procès-verbal de gendarmerie ou de police, ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- original du bulletin d'adhésion,
- original du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement arrêté à la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie,
- s'agissant d'un assuré assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme équivalent, notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'assuré dans la 3ème catégorie d'invalides ou d'une rente d'incapacité dont le taux est égal à 100 %,
- dans le cas contraire, original du certificat médical complété par le médecin traitant de l'assuré et à ses frais, indiquant la cause de la perte d'autonomie et la date à compter de laquelle cette perte peut être considérée comme irréversible et totale.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail :

- copie du bulletin d'adhésion,
- copie du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail et éventuellement des tableaux d'amortissement émis périodiquement (prêts à taux révisable),
- original du certificat médical complété par le médecin traitant mentionnant la date de début de l'incapacité, sa cause et sa durée prévisible (document fourni par l'assureur)
- si l'assuré est assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme équivalent, les décomptes de règlement des indemnités journalières,
- dans le cas contraire, originaux des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

En cas d'incapacité permanente totale de travail :

- copie du bulletin d'adhésion,
- copie du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement arrêté à la date de l'arrêt de travail et éventuellement des tableaux d'amortissement émis périodiquement (prêts à taux révisable),
- original du certificat médical complété par le médecin traitant mentionnant la date de début de l'incapacité, sa cause et sa durée prévisible,
- s'agissant d'un assuré assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme équivalent, notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'assuré dans la 2ème catégorie d'invalides ou d'une rente d'incapacité dont le taux est au moins égal à 66 % (100 % pour les assurés assujétiés à la MSA).

Dans tous les cas, l'assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'acceptation du sinistre et le suivi.

L'assuré dispose d'un délai de 30 jours à compter de l'expiration du délai de franchise pour fournir à l'assureur les pièces justificatives précitées. Passé ce délai, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

Chap. 7
**CONTROLE MEDICAL
ARBITRAGE**

L'assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout assuré malade ou accidenté, en présence le cas échéant, aux frais de l'assuré, de son médecin traitant.

Les médecins et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est suspendu jusqu'à réception par le médecin conseil des conclusions du médecin expert désigné. En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur, les parties pourront convenir par convention d'un arbitrage (choix d'un 3^e expert par exemple), afin de les départager.

Dispositions relatives à la garantie perte d'emploi

Chap. 8 DISPOSITIONS ENVERS LES ASSURES

27. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

L'assurance concerne les opérations de crédit suivantes, consenties par des établissements de crédit français ou par des succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre des Communautés européennes, réalisées en €, d'un montant(1) maximum de **150.000 euros** et conclues postérieurement à la date d'effet du présent contrat :

- PRETS AMORTISSABLES (*y compris avec différé d'amortissement maximum de 24 mois*),
- PRETS REMBOURSABLE AU TERME.

(1) le terme "montant" englobe par assuré :

- l'opération de crédit faisant l'objet de la demande d'adhésion, après application de la quotité garantie,
- l'encours déjà garanti sur la tête de l'assuré au titre du présent contrat et des contrats 12.200 et 16.725.

28. GARANTIE COUVERTE

La garantie couverte est la perte d'emploi de l'assuré.

Sont donc garantis au titre de l'OPTION 3 :

- le DECES,
- la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE,
- l'INCAPACITE DE TRAVAIL (incapacité temporaire totale et incapacité permanente totale),
- la PERTE D'EMPLOI, de l'assuré.

29. PERSONNES ASSURABLES - QUOTITE GARANTIE

Sont assurables, les personnes physiques résidant en France métropolitaine, âgées de moins de **55 ans** lors de leur demande d'adhésion et agissant en leur nom propre, en qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur.

Quotité garantie

La quotité garantie est identique à celle retenue au titre des garanties incapacité de travail.

30. FORMALITES D'ADHESION

Chaque personne à assurer doit régulariser un bulletin d'adhésion sur lequel figurent notamment :

- son état civil et son adresse (actuelle et future le cas échéant),
- le montant de l'encours déjà assuré sur sa tête au titre du présent contrat,
- les caractéristiques de chaque opération de crédit concernée ainsi que la quotité à garantir,
- les déclarations suivantes :

"Je déclare ce jour être âgé(e) de moins de 55 ans, exercer à temps plein une activité salariée sous contrat de travail à durée indéterminée depuis plus de 12 mois consécutifs auprès d'un même employeur, ne pas être ni en période d'essai ou au chômage partiel, ni en préavis de licenciement, de démission ou de mise en préretraite ou retraite".

31. DEBUT DE LA GARANTIE - DELAI DE CARENCE

Sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion de chaque intéressé du paiement des cotisations, la garantie perte d'emploi prend effet à **la date d'effet de l'adhésion aux garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail pour une période se terminant au 31 décembre de l'année en cours.**

A l'issue de cette période, la garantie est tacitement reconduite chaque premier janvier.

Délai de carence :

La garantie perte d'emploi ne peut jouer, pour chaque adhésion, qu'à l'expiration d'un délai de carence de 365 jours décompté à partir de sa prise d'effet.

Par conséquent, tout licenciement notifié pendant le délai de carence ne peut en aucun cas donner lieu à la mise en jeu de la garantie.

32. FIN DE LA GARANTIE

A l'égard de chaque assuré, la garantie cesse :

- à la date de sa mise en préretraite ou retraite, et au plus tard au 31 décembre qui suit son 60ème anniversaire ;
- en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré ;
- à la date de déchéance du terme prononcée par l'organisme prêteur ;
- à la date à laquelle cessent les engagements de l'emprunteur envers l'organisme prêteur, c'est-à-dire :
 - à la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un sinistre par l'assureur,
 - au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale théorique prévue à l'origine ou par anticipation, sauf application des dispositions prévues à l'article 33.
- à la date de dénonciation de son adhésion à l'échéance annuelle soit au 31 décembre par lettre recommandée adressée à l'assureur moyennant le respect d'un préavis de deux mois.
- à la date à laquelle la durée maximale de service des prestations prévues au Chapitre 11 "MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES" est atteinte.

33. MODIFICATIONS POSSIBLES DE L'ASSURANCE PENDANT LA DUREE DE L'OPERATION DE CREDIT

Remboursement anticipé partiel de l'opération de crédit

L'assiette de la cotisation est alors le capital restant dû à la date de remboursement anticipé partiel.

Modification de la situation de l'assuré

L'assuré doit informer l'assureur de tout changement de domicile, de statut, d'activité professionnelle ou en cas de cessation d'activité professionnelle.

Cette information est faite par l'envoi à l'assureur d'une lettre recommandée dans les quatre vingt dix jours qui suivent ledit changement.

Conformément à l'article L 113-16 du Code des assurances, en cas de survenance d'un des événements précités, l'assuré et l'assureur ont la faculté de résilier l'adhésion à la garantie Perte d'emploi ; cette résiliation prend effet un mois après que l'autre partie en a reçu notification.

Plans conventionnels de règlement (loi NEIERTZ) sur le surendettement des particuliers

En cas de réaménagement d'une opération de crédit dans le cadre d'une procédure de surendettement, il y a continuité des garanties initiales dans le respect des préconisations du plan conventionnel de règlement.

L'assuré communique à l'assureur le plan conventionnel de règlement, ainsi que le nouveau tableau d'amortissement de l'opération de crédit.

Autre aménagement de l'opération de crédit (non prévue au contrat de crédit)

Ledit aménagement entraîne un ajustement de la cotisation et une nouvelle sélection médicale, lorsque :

- la valeur de l'encours de l'opération de crédit subit une augmentation supérieure à 20 %,
- la durée de l'opération subit une augmentation supérieure à 20 % ou 2 ans par rapport à sa durée initiale.

Un assuré qui est en procédure de licenciement ou déjà au chômage ne peut bénéficier d'une augmentation des échéances (en nombre ou en montant), pour la garantie perte d'emploi, qu'après avoir repris une activité professionnelle à temps complet.

Entrée tardive dans l'assurance

Toute personne physique qui, du fait de sa situation professionnelle, ne remplirait pas les conditions énoncées à l'article 29 – PERSONNES ASSURABLES – QUOTITE GARANTIE – au jour de sa demande d'adhésion pourra demander son adhésion à l'assurance si, par la suite, elle remplit les conditions précitées et sous les réserves ci-après :

- la demande d'adhésion doit être faite, au plus tard dans les **6 mois** qui suivent la date de changement de situation professionnelle ;
- l'adhésion n'est acceptée que lorsque la dernière échéance de l'opération de crédit se situe au-delà des **3 ans** qui suivent la date de la demande d'adhésion ;
- le délai de carence est fixé à **365 jours**.

34. AUGMENTATION DU TAUX DE COTISATION

L'assureur, en accord avec la contractante, se réserve le droit d'augmenter le taux de cotisation en fonction de l'évolution générale du risque garanti ou des résultats contractuels constatés.

Cette augmentation est notifiée à l'assuré et s'applique à la première échéance anniversaire.

En cas de refus de l'assuré, celui-ci a la faculté de résilier son adhésion à l'échéance annuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chap. 9 DEFINITION DE LA GARANTIE

L'assurance s'applique en cas de situation de chômage **total et continu** suite à un licenciement au titre duquel l'assuré perçoit :

- par le Pôle Emploi soit :

- une allocation d'aide au retour à l'emploi (A.R.E.),
- une allocation de fin de formation (A.F.F.),
- une allocation équivalente à celles sus-indiquées versée par un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du travail en ce qui concerne les travailleurs privés d'emploi relevant de régimes particuliers (allocation versée par l'Etat, les collectivités locales ou les établissements publics administratifs pour les agents civils non fonctionnaires ou non titulaires),

- toute autre allocation qui viendrait se substituer aux précédentes, et dont les caractéristiques seraient strictement identiques ou équivalentes.

Chap. 10 EXCLUSIONS

Sont exclues les conséquences des actes et événements suivants :

- le chômage :

- lorsqu'il survient après la démission de l'assuré qu'elle soit légitime, volontaire ou non ou après un licenciement pour faute professionnelle lourde,
- lorsqu'il survient après la rupture conventionnelle du contrat de travail, d'un commun accord entre le salarié et l'employeur,
- s'il est saisonnier ou partiel,
- s'il fait suite à la rupture d'une période d'essai,
- s'il est consécutif à l'expiration d'un contrat de travail à durée déterminée, y compris les fins de chantiers et les fins d'intérim,
- s'il est pris en charge au titre du régime "chômage intempéries" ;

- les mises en préretraite et retraite ou départs volontaires dans le cadre de contrats de solidarité ;

- les licenciements atteignant le conjoint, les descendants, ascendants ou collatéraux d'un chef d'entreprise lorsque ce dernier les emploie (sauf si le licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entreprise) ;

- les situations de chômage donnant lieu aux allocations :

- du régime de solidarité financé par l'Etat,
- du Fonds National pour l'Emploi,
- de la garantie de ressources,
- de toutes autres conventions n'impliquant pas une recherche d'emploi ;

- les licenciements notifiés pendant le délai de carence tel que prévu à l'article 33 - DEBUT DE LA GARANTIE - DELAI DE CARENCE.

Chap. 11 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

Si l'assuré se trouve en situation de chômage total et continu de plus de **90 jours** consécutifs - franchise déduite décomptée à partir du premier jour indemnisé par le Pôle Emploi (ou par l'organisme prévu à l'article L 351-12 du Code du travail) - l'assureur verse à l'assuré les prestations dans les conditions suivantes :

Montant

75 % des ECHEANCES DUES à l'assuré, au titre de l'opération de crédit concernée.

Les prestations sont calculées à compter du **91^e** jour d'arrêt complet et continu, au prorata du nombre de jours pour la première et la dernière échéance à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours).

Ce versement est cependant subordonné au fait que l'assuré rapporte la preuve du respect de ses engagements vis-à-vis de l'organisme prêteur (attestation de ce dernier établissant le respect de l'échéancier initialement fixé).

Elles sont affectées du coefficient correspondant à la quotité garantie reposant sur la tête de l'assuré.

Si l'assuré se trouve au chômage à la suite d'une période d'incapacité de travail indemnisée par l'assureur, la franchise de 90 jours n'est pas de nouveau décomptée.

Pendant la phase de différé et, le cas échéant, pour les prêts remboursables au terme, seules les échéances d'intérêts dues (**à l'exclusion de tout amortissement du capital**) sont prises en charge par l'assureur.

Durée du service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure la période de chômage de l'assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées à l'article 32 - FIN DE LA GARANTIE.

Il cesse également d'être dû lorsque l'assuré :

- reprend une activité rémunérée salariée ou non, même partielle,
- ne peut plus prétendre à l'allocation d'aide au retour à l'emploi ou de fin de formation versée par le Pôle Emploi (ou par l'organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du travail),
- ne fournit plus les pièces justificatives de maintien des droits aux prestations "PERTE D'EMPLOI" (les prestations sont considérées comme prenant fin à la date figurant sur le dernier justificatif de paiement ou avis de prolongation),
- est mis à la retraite ou en préretraite.

De plus, les prestations sont suspendues lorsque l'assuré se trouve en incapacité de travail indemnisée par l'assureur pour l'opération de crédit concernée.

CHAQUE PERIODE DE CHOMAGE INDEMNISEE NE PEUT EXCEDER 12 MOIS.

EN TOUT ETAT DE CAUSE, PENDANT LA DUREE DE L'OPERATION DE CREDIT, LE CUMUL DES PERIODES INDEMNISEES NE PEUT EXCEDER 24 MOIS.

Reprise temporaire d'activité

Lorsque, suite à un licenciement ayant entraîné la mise en jeu de la garantie perte d'emploi, l'assuré reprend une activité rémunérée et qu'il se trouve à nouveau en situation de chômage dans un délai inférieur ou égal à 60 jours, les deux périodes de chômage sont considérées comme une seule et même période de chômage. Aucun délai de franchise n'est à nouveau appliqué.

Engagement maximum de l'assureur

- Lorsque plusieurs personnes physiques 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 de 100 %.

- L'engagement mensuel de l'assureur, toutes opérations de crédit confondues, est plafonné, par assuré, à 1.150 euros et ne peut faire bénéficier l'assuré au chômage d'un revenu mensuel (y compris allocations versées par le Pôle Emploi ou par un organisme prévu à l'article L.351-12 du code du travail) supérieur au revenu qu'il percevait en activité (calculé sur la base de 1/12ème du traitement net imposable des 12 mois précédant la situation de chômage).

Chap. 12 MONTANT DES COTISATIONS

35. ASSIETTE DES COTISATIONS

Les cotisations ont pour assiette le montant du CAPITAL INITIAL EMPRUNTE, affecté de la quotité garantie reposant sur la tête de l'assuré, pour l'opération de crédit concernée.

36. PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance et peuvent être fractionnées, annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement. La périodicité (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) et le mode de paiement (prélèvement automatique ou chèque) sont identiques à ceux choisis par l'adhérent au titre des garanties décès et incapacité de travail.

Le paiement par prélèvement automatique est obligatoire pour le paiement mensuel ou trimestriel.

Modification de la périodicité

L'assuré qui souhaite modifier la périodicité doit adresser à l'assureur au plus tard le 31 octobre une lettre de demande de modification. Cette modification prendra effet, au plus tôt, au 1er janvier suivant.

Passé ce délai, la modification ne pourra intervenir à cette date et sera reportée au 1er janvier suivant.

37. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations par l'assuré aux échéances fixées d'un commun accord entre les parties.

En cas de non paiement de cotisations dans les dix jours de leur échéance, une lettre recommandée de mise en demeure est adressée à l'assuré conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances.

A défaut de paiement, l'adhésion au présent contrat est résiliée de plein droit à l'expiration d'un délai de quarante jours.

L'assureur adresse à l'organisme prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

38. EXONERATION DES COTISATIONS

Dès lors que l'assureur verse des prestations au titre de la garantie perte d'emploi, l'assuré est exonéré du paiement des cotisations afférentes à la garantie perte d'emploi.

Chap. 13
**PIECES A FOURNIR
EN CAS DE SINISTRE**

Les prestations garanties sont payées à l'assuré sur présentation de pièces justificatives suivantes :

- copie du bulletin d'adhésion,
- double du contrat de travail de l'emploi occupé à la date de l'adhésion et du dernier emploi occupé en cas de changement d'employeur,
- certificat de travail de l'emploi occupé à la date de l'adhésion et à la date de licenciement en cas de changement d'employeur,
- copie de la lettre de licenciement précisant les motifs,
- copie de l'avis d'admission au bénéfice des allocations Pôle Emploi (ou d'un organisme prévu à l'article L.351-12 du Code du travail),
- justificatif du paiement de l'allocation considérée depuis l'origine pour chaque mois écoulé,
- dernier tableau d'amortissement arrêté à la date de survenance du sinistre ou le détail des sommes dues ;
- justificatifs de rémunération des 12 mois ayant précédé le début de la période de chômage ; ainsi que toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

Sur l'avis de paiement de l'allocation, doivent figurer :

- la période prise en charge,
- le type d'allocation versée (allocation d'aide au retour à l'emploi, allocation de fin de formation, etc.).

L'assuré dispose d'un délai de 30 jours à compter de l'expiration du délai de franchise pour fournir à l'assureur les pièces justificatives précitées. Passé ce délai, les prestations ne sont versées qu'à compter de la date de réception des pièces.

Dans tous les cas, l'assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'acceptation du sinistre et le suivi.





118, rue Roger Mathurin - 13010 Marseille - Tél. : 04 88 676 676 - Fax : 04 88 676 678
e-mail : gestion@caassure.com

çaassure est une marque déposée par SSN Société de Courtage d'Assurances
n° ORIAS : 07 002 208 / orias.fr

RCS Marseille 434 165 551 - SIRET 434 165 551 00012 - APE : 6622Z - S.A. au capital de 100 000 euros