



CONDITIONS GENERALES

Valant notice d'information

Du contrat d'assurance de groupe « emprunteurs » n°6092 / 200128

Décès – Perte Totale & Irréversible d'Autonomie

Incapacité Temporaire Totale - Invalidité Permanente Totale – Invalidité Permanente Partielle

Octobre 2018

Titre 1 : Dispositions Générales

1. Préambule

Dans le contrat ci-après, le terme :

- « **Contractante** » : désigne l'Association Européenne d'Épargne, de Retraite et de Prévoyance (AEERP) – Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – 4 square de l'Opéra Louis Jouvet – 75009 Paris ;
- « **Courtier gestionnaire** » : désigne SSN intervenant sous le nom commercial « Çaassure » - 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 (www.orias.fr) – RCS Marseille 434 165 551 – SIRET 434 165 551 00020 – APE 6622Z – SA au capital de 100 000 Euros ;
- « **Organisme prêteur** » : désigne l'organisme prêteur ayant consenti une opération de crédit à une personne physique ou à une personne morale ;
- « **Assureur** » : désigne Groupama Gan Vie - Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 Euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z - Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09
- « **Emprunteur** » : désigne la personne physique ou la personne morale souscripteur de l'opération de crédit ;
- « **Assuré** » : désigne la personne physique (emprunteur et/ou co-emprunteur et/ou caution et/ou représentant d'une personne morale emprunteur ou crédit-preneur) qui est membre de la contractante, qui a adhéré au présent contrat et sur la tête de laquelle reposent les garanties.

2. Référence légale

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par la loi française et par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Il est constitué des présentes conditions générales valant notice d'information.

Les déclarations des assurés servent de base à l'application des garanties.

Prescription

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 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.

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance et cette interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressé par l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et que l'assuré adresse à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Renonciation

En application de l'article L.112-9 du Code des assurances, l'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n° 6092 / 200128 et demande le remboursement des cotisations versées dans les conditions définies par l'article L.112-9 du Code des assurances ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur. Dès lors que l'assuré a connaissance d'un sinistre mettant en jeu une garantie du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle les risques ont couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation. L'assureur est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité des cotisations reste due à l'assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont l'assuré n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

3. 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, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) et d'invalidité permanente partielle (IPP) de l'assuré.

L'emprunteur ou le crédit-preneur restent tenus 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.

4. Réclamation - Médiation

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, l'assuré peut s'adresser à l'adresse suivante :

• SSN / Çaassure

CS 60021 - 118 rue Roger Mathurin
13395 Marseille Cedex 10

Tél. : 04 88 676 676 - Fax : 04 88 676 678

Courriel : gestion@caassure.com

Si cette première réponse ne le satisfait pas, sa réclamation peut être transmise au Service Réclamations de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal :
Groupama Gan Vie
Service Réclamations
TSA 91414
35090 Rennes Cedex 9

- par courriel à l'adresse suivante : service.reclamations@ggvie.fr

Tant SSN / Çaassurance que l'assureur s'engagent à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09). Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

5. Traitement des données personnelles

Informations essentielles concernant les données personnelles

Les relations commerciales ou contractuelles avec l'assureur nécessitent le recueil et le traitement de données à caractère personnel, données indispensables pour apporter des services de qualité et gérer les contrats d'assurance.

Les données personnelles concernant l'assuré, ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat, sont traitées dans le respect des règles de protection des données, notamment du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), de la loi « Informatique et Libertés » et des référentiels de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'assureur a obtenu un label « Gouvernance RGPD » délivré par la CNIL, ce qui démontre la mise en œuvre de mesures appropriées de respect des données.

Les données personnelles traitées par l'assureur peuvent être nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, à la gestion des relations commerciales et à l'amélioration de la qualité de services, à la gestion du risque de fraude ou encore à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

Les droits de l'assuré sur les données personnelles

L'assuré dispose de droits sur les données le concernant qu'il peut exercer facilement :

- droit de prendre connaissance des informations dont l'assureur dispose et le cas échéant de demander à les compléter ou corriger notamment en cas de changement de situation (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement des données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation des données (droit d'opposition).
- droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a personnellement fournies dans le cadre de son contrat ou lorsqu'il a consenti à leur utilisation (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

Pour le recueil de certaines données (ex : données de santé), l'accord de l'assuré est nécessaire. Cet accord peut être recueilli par exemple à l'aide de cases à cocher sur les formulaires. Dans

ce cas, l'assuré a la possibilité de retirer son accord à tout moment.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal à l'assureur.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent auprès du médecin-conseil de l'assureur.

Toute demande concernant les données de l'assuré peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données :

- DPO France Groupama : contactDPO@groupama.com
- DRPO GGVE : correspondant.cnil@ggvie.fr

L'assuré peut également faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter l'assuré pour vérifier ou compléter ces informations.

La communication des données identifiées par un astérisque (*) dans les différents formulaires que l'assureur met à la disposition de l'assuré est obligatoire pour une bonne gestion de ses demandes. A défaut, ces demandes ne pourront être traitées ou leur temps de traitement pourra être retardé.

Informations détaillées concernant les données personnelles

➤ A quelles fins sont collectées les données ?

Les données recueillies par l'assureur sont nécessaires aux objectifs ci-après :

Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance

Les données traitées sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de l'assuré ou à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie. Le droit à la portabilité concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Les données recueillies par l'assureur concernant l'assuré ou concernant les personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat sont nécessaires à :

- L'étude des besoins spécifiques de chaque demandeur afin de proposer des contrats adaptés.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exécution des garanties des contrats.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles et la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services de l'assureur, de personnalisation des relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'une obligation légale ou réglementaire.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution de ce contrat. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pour une durée maximum de 5 ans à des fins probatoires; les autres données peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de leur collecte ou à compter du dernier contact émanant du demandeur.

Lutte contre la fraude à l'assurance

La lutte contre la fraude à l'assurance est effectuée dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés et donc de prévenir, détecter et gérer les cas de fraude à l'assurance. Le droit à la portabilité ne peut être exercé sur les données traitées dans ce cadre.

Des données personnelles pourront être traitées quel que soit l'auteur des actes présentant un risque de fraude (personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat, ou salariés, prestataires, mandataires ou agents généraux d'assurance, ...). Les dispositifs mis en œuvre peuvent faire intervenir des outils de profilage dont les résultats font l'objet systématiquement d'une étude par les personnes en charge de cette activité.

Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données traitées à des fins de lutte contre la fraude sont conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude.

En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire, puis archivées selon les durées de prescription applicables. Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter les obligations légales et réglementaires l'assureur met en œuvre un traitement surveillance aux fins de lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Ce traitement peut faire appel à un outil de profilage. Les données traitées dans ce cadre ne sont pas portables.

Les données relatives aux personnes concernées sont conservées 5 ans à compter de clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur. Celles relatives aux opérations réalisées par ces personnes sont conservées 5 ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

Recueil et traitement de données de santé

Des données relatives à la santé de l'assuré sont susceptibles d'être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, ou de la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord explicite des personnes concernées.

Ces informations sont conservées selon les mêmes durées que celles relatives à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Le droit à la portabilité dans le respect de la confidentialité médicale concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Amélioration de la qualité de services (écoutes/enregistrements téléphoniques)

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, l'assuré peut être amené à téléphoner à l'assureur. Ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés, dans l'intérêt légitime de l'assureur, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations de l'assureur à l'égard de l'assuré et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel de l'assuré. Si l'assuré a été enregistré et qu'il souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon modalités décrites ci-dessus (voir § « Les droits de l'assuré sur les données personnelles »). Cet enregistrement n'est pas concerné par le droit à portabilité.

Les enregistrements sont conservés sur une durée maximale de 6 mois

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne

Des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union Européenne assurant un niveau de protection adéquate ou

moyennant des garanties appropriées, dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution des contrats ou des relations commerciales, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

➤ A qui sont destinées ces informations ?

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats, de chacune des garanties, à ses délégués, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations concernant l'assuré peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de tiers autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Les informations relatives à la santé de l'assuré sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur ou d'autres entités du Groupe en charge de la gestion des contrats, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux).

Les informations traitées dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance sont destinées à toutes personnes habilitées de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans le cadre de la lutte contre la fraude. 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; organisme tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (Alfa) peut également être destinataire de données dans la mesure où elle met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

En ce qui concerne la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les informations sont destinées aux personnes habilitées de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans ce cadre, aux autorités compétentes (Tracfin, Direction générale du Trésor,...) et autres organismes financiers dans le respect du Code monétaire et financier.

6. Nature des opérations de crédit

Le présent contrat porte sur 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 minimum de 5 000 Euros et d'un montant maximum de 20 000 000 Euros (500 000 Euros pour les découverts bancaires), d'une durée maximale de 35 ans avec en plus une variation de + de 5 ans en fonction du type de crédit (crédits avec durée variable) et conclues postérieurement à la date d'effet du présent contrat :

- PRETS AMORTISSABLES (consommation, immobilier, professionnel) ;
(Y compris avec différé d'amortissement maximum de 36 mois)
- PRETS REMBOURSABLES AU TERME (consommation, immobilier, professionnel) avec ou sans report des intérêts
(Y compris prêts relais d'une durée maximale de 36 mois)
- DECOUVERTS BANCAIRES
- CREDITS-BAILS IMMOBILIERS & MOBILIERS d'une durée maximale de 240 mois (20 ans).

7. Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante demandant à adhérer au présent contrat et répondant aux conditions d'adhésion prévues ci-dessous.

Pour adhérer, la personne à assurer doit :

- être âgée de plus de **18 ans** et de moins de **80 ans** à la date d'effet de l'adhésion,
- être emprunteur ou coemprunteur d'une opération de crédit ou être caution d'une opération de crédit ou être représentant d'une personne morale emprunteur ou crédit-preneur d'une opération de crédit.

La personne à assurer doit en outre résider sur le territoire français ou être un ressortissant français résidant dans l'un des pays de l'Union Européenne telle que composée au jour de la date d'effet du présent contrat (27 membres).

La souscription des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle est réservée aux assurés âgés de moins de **65 ans** au jour de leur demande d'adhésion d'une part et exerçant une activité professionnelle rémunérée au jour de leur demande d'adhésion d'autre part

Quotité garantie

En ce qui concerne la couverture des risques de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), la quotité garantie doit être égale ou supérieure à 30 % et peut aller jusqu'à 100 % sur la tête de chaque assuré (emprunteur et/ou co-emprunteur et/ou caution et/ou représentant d'une personne morale emprunteur ou crédit-preneur).

S'agissant de la couverture des risques d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle, la quotité garantie peut varier de 0 à 100 % suivant le choix de la personne à assurer au jour de sa demande d'adhésion.

En tout état de cause, la quotité des risques de décès et de PTIA doit toujours être supérieure ou égale à la quotité des risques d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle

8. Formalités d'adhésion

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),
- sa profession exacte,
- le montant de l'encours déjà garanti sur sa tête au titre du présent contrat,
- les caractéristiques de chaque opération de crédit concernée, la déclaration fumeur / non-fumeur, la quotité garantie tant pour les garanties décès / PTIA que pour les garanties incapacité temporaire totale / invalidité permanente totale / invalidité permanente partielle ainsi qu'éventuellement le délai de franchise choisi

Formalités médicales

Capital en Euros à assurer sur une tête

Age	15 000 à 160 000 Euros	160 001 à 250 000 Euros	250 001 à 350 000 Euros	350 001 à 500 000 Euros	500 001 à 1 000 000 Euros	1 000 001 à 3 000 000 Euros	+ 3 000 000 Euros
≤ 45 ans	QSS	QSS	QS	2	6	8	
≤ 46 ans & < 55 ans	QSS	QS	2	2	6	8	Nous consulter
≤ 56 ans & < 65 ans	QS	1	2	6	6	8	
≤ 66 ans & < 80 ans	QS	4	4	6	6	8	

1 = QS + RM

2 = QS + RM + PSS + TCU

4 = QS + RM + PSS + TCU + ECG

6 = QS + RM + PSC + TCU + ECG

8 = QS + RM + PSC + TCU + ECG + PSA (pour les hommes de ≥ 55 ans) + QFC

QSS = Questionnaire de santé simplifié

QS = Questionnaire de santé

RM = Rapport médical complété, daté et signé par le médecin examinateur

PSS = Profil sanguin simplifié avec glycémie à jeun, cholestérol total et HDL, LDL, triglycérides, sérologies des anticorps HIV 1 & 2 et des anticorps HCV, sérologie des antigènes HBs

PSC = Profil sanguin complet avec NFS, CRP, plaquettes, glycémie à jeun, créatinine, urée, acide urique, cholestérol total et HDL, LDL, triglycérides, transaminases (ASAT, ALAT), gamma GT, sérologies des anticorps HIV 1 et 2 et des anticorps HCV, sérologie des antigènes HBs, dosage du PSA pour les hommes de ≥ 55 ans

ECG = ECG interprété et rapport médical cardio-vasculaire, réalisés par un cardiologue

TCU = Test de cotinine urinaire, le cas échéant

QFC = Questionnaire financier confidentiel

Ce bulletin d'adhésion doit mentionner les indications relatives à la nature de l'opération de crédit (prêt immobilier, prêt professionnel, prêt à la consommation, découvert bancaire, crédit-bail immobilier, crédit-bail mobilier), à son objet (résidence principale, résidence secondaire, investissement locatif, ...), à sa durée, à son montant, à son taux d'intérêt (fixe, variable) et à ses conditions d'amortissement (amortissable, non amortissable, relais, ...).

Chaque personne à assurer doit fournir une copie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour) en cours de validité.

Des formalités médicales sont demandées en fonction de l'âge de l'assuré(e) et du montant du capital à assurer. Il est précisé que dans le cas où une même personne à assurer bénéficie de plusieurs opérations de crédit assurées au titre du contrat, il est tenu compte de l'ensemble des capitaux garantis sur sa tête pour la détermination du capital à assurer.

La durée de validité du questionnaire de santé simplifié et du questionnaire de santé est de 6 mois.

Les examens médicaux ont une validité de 12 mois (après signature par l'assuré d'une attestation d'état de santé inchangé).

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.

Il est à noter que les honoraires sont plafonnés pour chaque examen à réaliser : une liste reprendra chaque examen médical à réaliser avec un montant maximum pouvant être remboursé.

- Conditions d'acceptation de la personne à assurer

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

- accepter sans réserve aux conditions tarifaires normales,
- accepter avec réserve (limitée éventuellement à certaines garanties ou avec exclusion de certaines causes) aux conditions tarifaires normales,
- accepter avec surprime et avec ou sans réserve,
- ajourner l'adhésion de la personne à assurer,
- refuser 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 étude au 2^{ème} niveau voire au 3^{ème} niveau pourra être envisagée conformément aux dispositions de l'article 19.

Formalités financières : au-delà de 3 000 000 Euros, questionnaire financier confidentiel

9. Prise d'effet de l'adhésion

Sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion de chaque intéressé et du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend 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.

10. Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse à la 1^{ère} des dates ci-dessous :

- à la date figurant dans le certificat d'adhésion,
- à la date de la dernière échéance de l'opération de crédit,
- à la date de remboursement par anticipation de l'opération de crédit, pour quelque cause que ce soit,
- à la date de versement des prestations au titre de la garantie décès ou de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie,
- à la date d'exigibilité anticipée du solde restant dû, en cas de non-remboursement des échéances de l'opération de crédit garantie (déchéance du terme),
- à la date de résiliation en cas de non-paiement des cotisations,

- à la date de résiliation en cas de changement de comportement volontaire de l'assuré.

Dans les deux derniers cas, le courtier gestionnaire adresse à l'organisme prêteur un courrier l'informant de la résiliation de ladite adhésion.

11. Modifications possibles de l'adhésion pendant la durée de l'opération de crédit

En cas de modification en cours d'adhésion de la situation de l'emprunteur et/ou de l'assuré, des caractéristiques de l'opération de crédit ou de l'acte de cautionnement, l'assuré doit en informer l'assureur par écrit par l'intermédiaire du courtier gestionnaire et communiquer les éléments actualisés.

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

Remboursement total ou partiel ou annulation de l'opération de crédit

En cas de remboursement total ou partiel ou d'annulation de l'opération de crédit, l'assureur pourra être amené à rembourser une partie des cotisations encaissées. L'assuré doit alors en informer l'assureur dans les 90 jours suivant le remboursement ou l'annulation.

En cas d'information au-delà des 90 jours, le remboursement à effet rétroactif sera limité à 6 mois des cotisations encaissées.

Toute modification du fait d'un remboursement anticipé partiel est facturée 20 Euros.

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'adhésion et médicales prévues à l'article 8 en fonction de l'encours à la date de la substitution,

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 temporaire totale et invalidité permanente, qu'après avoir repris son activité professionnelle à temps complet.

Titre 2 : Dispositions relatives aux garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale et Invalidité Permanente Partielle

12. Garanties proposées

Les garanties proposées sont présentées sous forme d'option et sont les suivantes :

OPTION 1 (assuré âgé de moins de 65 ans au jour de la demande d'adhésion)

- le décès
- la perte totale et irréversible d'autonomie

OPTION 2 (assuré âgé de moins de 65 ans au jour de la demande d'adhésion)

- le décès
- la perte totale et irréversible d'autonomie
- l'incapacité temporaire totale (délai de franchise de 60 à 180 jours)
- l'invalidité permanente totale

OPTION 3 (assuré âgé de moins de 65 ans au jour de la demande d'adhésion)

- le décès
- la perte totale et irréversible d'autonomie
- l'incapacité temporaire totale (délai de franchise de 60 à 180 jours)
- l'invalidité permanente totale
- l'invalidité permanente partielle

Seule la garantie décès sera accordée en couverture des opérations de crédit aux personnes physiques âgées de 65 ans et plus et de moins de 80 ans au jour de leur demande d'adhésion et agissant en qualité d'emprunteur, de coemprunteur ou de caution.

La garantie perte d'emploi pourra être souscrite en complément des options 2 et 3.

Les options 2 et 3 ne pourront pas être souscrites en couverture des découverts bancaires.

13. Définition et montant des garanties

13.1 - En cas de décès

En cas de décès de l'assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 90^{ème} anniversaire, l'assureur procède au versement à l'organisme prêteur :

- pour les prêts amortissables, du capital restant dû au jour du décès (à l'exclusion des échéances impayées), tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion,
- pour les prêts non amortissables (relais, in fine), du capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion. Par capital restant dû, il faut entendre le capital emprunté dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion,
- pour les découverts bancaires, du découvert utilisé au jour du décès dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion,
- pour les crédits-bails immobiliers et mobiliers, de l'encours financier restant dû (à l'exclusion des loyers impayés et de l'option d'achat) au jour du décès tel qu'il est indiqué dans le barème d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

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

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 déblocages successifs des fonds.

En cas de décès simultané d'un emprunteur, d'un coemprunteur ou d'une caution assurés, le capital restant dû versé par l'assureur au titre d'une même opération de crédit ne pourra pas être supérieur au capital restant dû à l'organisme prêteur au jour du décès tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement.

Ce capital peut être versé à un autre bénéficiaire désigné par l'assuré sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur (avenant de cession en garantie, séquestre notarié)

Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

13.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 67^{ème} anniversaire, l'assureur procède au versement des prestations dues en cas de décès au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de son adhésion.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie simultanée d'un emprunteur, d'un coemprunteur ou d'une caution assurés, le capital restant dû versé par l'assureur au titre d'une même opération de crédit ne pourra pas être supérieur au capital restant dû à l'organisme prêteur au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie tel qu'il est indiqué dans le tableau d'amortissement

Ce capital peut être versé à un autre bénéficiaire désigné par l'assuré sous réserve de l'accord de l'organisme prêteur.

Le paiement du capital met fin par anticipation à l'adhésion.

Reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré doit être reconnu, par un médecin expert désigné par l'assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un 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 la garantie invalidité permanente totale.

S'agissant d'un assuré salarié et assujéti à la Sécurité sociale, il doit en outre être reconnu atteint 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^{ème} catégorie, dans les autres cas. Il en est de même des assurés assujétis à un régime social de base quel qu'il soit.

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

13.3 - En cas d'incapacité temporaire totale

S'agissant d'un assuré exerçant une activité professionnelle rémunérée (salariée ou non salariée, non occasionnelle au titre de laquelle l'assuré ou son employeur est obligatoirement assujéti au versement des cotisations à un régime social de base) ou demandeur d'emploi au jour de l'arrêt de travail :

En cas d'incapacité temporaire totale de l'assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 67^{ème} anniversaire et à l'expiration du délai de franchise de 60 jours, 90 jours, 120 jours

ou 180 jours d'arrêt de travail total et continu choisi par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, l'assureur procède au remboursement :

- pour les prêts amortissables, des échéances telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion,
En ce qui concerne les prêts amortissables comportant un différé d'amortissement partiel et pendant cette période de différé, l'assureur procède au remboursement des échéances d'intérêts,
- pour les prêts non amortissables (relais, in fine), des échéances d'intérêts telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, **l'échéance de remboursement du capital n'étant jamais prise en compte par l'assureur, même si elle intervient pendant une période d'incapacité temporaire totale,**
- pour les crédits-bails immobiliers et mobiliers, des loyers hors taxe sur la valeur ajoutée (à l'exclusion de l'option d'achat) tels qu'ils sont indiqués dans le barème d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

S'agissant d'un assuré n'exerçant pas une activité professionnelle rémunérée au jour de l'arrêt de travail, les prestations ci-dessus sont réduites de moitié.

Que l'assuré exerce ou non une activité professionnelle rémunérée, les prestations sont versées par l'assureur à compter du 61^{ème} jour, 91^{ème} jour, 121^{ème} jour ou 181^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu et sont calculées au prorata du nombre de jours pour la première et dernière échéance (chaque mois étant réputé avoir 30 jours).

Les prestations sont versées à l'assuré ou à l'organisme prêteur en fonction du choix de l'assuré lors de son adhésion.

Détermination de l'incapacité temporaire totale

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale :

- l'assuré exerçant une activité professionnelle rémunérée ou demandeur d'emploi au jour de l'arrêt de travail qui, avant son 67^{ème} anniversaire se trouve temporairement, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer **son** activité professionnelle,
- l'assuré n'exerçant pas une activité professionnelle rémunérée au jour de l'arrêt de travail qui, avant son 67^{ème} anniversaire, se trouve temporairement, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Si il est assuré social, l'assuré doit bénéficier de prestations en espèces du régime social de base dont il dépend (indemnités journalières maladie ou accident de travail).

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

Rechute :

Lorsque l'assuré reprend son activité professionnelle 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 et le délai de franchise est appliqué.

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

Reprise à temps partiel thérapeutique :

Lorsque l'assuré reprend sur prescription médicale son activité professionnelle rémunérée ou ses activités habituelles non professionnelles ou est apte à reprendre son activité professionnelle rémunérée ou ses activités habituelles non professionnelles à temps partiel thérapeutique, après une période d'incapacité temporaire totale indemnisée, l'assureur poursuit le versement des prestations prévues au titre de la garantie Incapacité temporaire totale à hauteur de 50 % de leur montant et ce, pendant une durée maximum de 6 mois.

Cessation du versement des prestations :

Outre les cas relatifs à la cessation de la garantie incapacité temporaire totale, le versement des prestations cesse :

- dès que l'assuré n'est plus considéré en état d'incapacité temporaire totale
- dès que l'assuré reprend une activité professionnelle rémunérée que ce soit à temps plein ou à temps partiel (sauf application des dispositions prévues en cas de reprise à temps partiel thérapeutique),
- après 1095 jours d'arrêt de travail (y compris en cas de reprise à temps partiel thérapeutique),
- pendant la période de congé légal de maternité,
- à la date de liquidation de la pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite,
- au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

13.4 - En cas d'invalidité permanente totale

En cas d'invalidité permanente totale de l'assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 67^{ème} anniversaire et à l'expiration du délai de franchise de 60 jours, 90 jours, 120 jours ou 180 jours d'arrêt de travail total et continu choisi par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, l'assureur procède au remboursement :

- pour les prêts amortissables, des échéances telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.
En ce qui concerne les prêts amortissables comportant un différé d'amortissement partiel et pendant cette période de différé, l'assureur procède au remboursement des échéances d'intérêts
- pour les prêts non amortissables (relais, in fine), des échéances d'intérêts telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, **l'échéance de remboursement du capital n'étant jamais prise en compte par l'assureur, même si elle intervient pendant une période d'invalidité permanente totale.**
- pour les crédits-bails immobiliers et mobiliers, des loyers hors taxe sur la valeur ajoutée (à l'exclusion de l'option d'achat) tels qu'ils sont indiqués dans le barème d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

Le délai de franchise ne s'applique pas si l'invalidité permanente totale fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale indemnisée par l'assureur.

Les prestations sont versées par l'assureur à compter du 61^{ème} jour, 91^{ème} jour, 121^{ème} jour ou 181^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu et calculées au prorata du nombre de jours pour la première et dernière échéance (chaque mois étant réputé avoir 30 jours).

Les prestations sont versées à l'assuré ou à l'organisme prêteur en fonction du choix de l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

Détermination de l'invalidité 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.

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^{ème} catégorie dans les autres cas. Il en est de même des assurés assujétis à un régime social de base quel qu'il soit.

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

Détermination du taux d'incapacité

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'invalidité permanente totale.

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'INCAPACITE

Fonctionnelle →	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Professionnelle ↓									
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

Cessation du versement des prestations

Outre les cas relatifs à la cessation de la garantie invalidité permanente totale, le versement des prestations cesse :

- dès que l'assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle que ce soit à temps plein ou à temps partiel,
- dès que le taux d'incapacité devient inférieur à 66 %,
- pendant la période de congé légal de maternité,
- à la date de liquidation de la pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite,
- au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

13.5 - En cas d'invalidité permanente partielle

En cas d'invalidité permanente partielle de l'assuré par suite de maladie ou d'accident avant son 67^{ème} anniversaire et à l'expiration du délai de franchise de 60 jours, 90 jours, 120 jours ou 180 jours d'arrêt de travail total et continu choisi par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, l'assureur procède au remboursement :

- pour les prêts amortissables, de **50 %** des échéances telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.
En ce qui concerne les prêts amortissables comportant un différé d'amortissement partiel et pendant cette période de différé, l'assureur procède au remboursement de **50 %** des échéances d'intérêts ;
- pour les prêts non amortissables (relais, in fine), de **50 %** des échéances d'intérêts telles qu'elles sont indiquées dans le tableau d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion, **l'échéance de remboursement du capital n'étant jamais prise en compte par l'assureur, même si elle intervient pendant une période d'invalidité permanente partielle,**

- pour les crédits-baills immobiliers et mobiliers, de **50 %** des loyers hors taxe sur la valeur ajoutée (à l'exclusion de l'option d'achat) tels qu'ils sont indiqués dans le barème d'amortissement et dans la limite de la quotité garantie déterminée par l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

Le délai de franchise ne s'applique pas si l'invalidité permanente partielle fait suite sans discontinuité à une incapacité temporaire totale indemnisée par l'assureur.

Les prestations sont versées par l'assureur à compter du 61^{ème} jour, 91^{ème} jour, 121^{ème} jour ou 181^{ème} jour d'arrêt de travail total et continu et calculées au prorata du nombre de jours pour la première et dernière échéance (chaque mois étant réputé avoir 30 jours).

Les prestations sont versées à l'assuré ou à l'organisme prêteur en fonction du choix de l'assuré lors de sa demande d'adhésion.

Détermination de l'invalidité permanente partielle

L'assuré doit être dans l'incapacité partielle 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 compris entre **33% et 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.

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 33 % 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 1^{ère} catégorie dans les autres cas. Il en est de même des assurés assujétis à un régime social de base quel qu'il soit.

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

Détermination du taux d'incapacité

Le taux d'incapacité est donc établi en fonction de l'incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et de l'incapacité professionnelle selon les mêmes modalités que celles prévues au titre de la garantie invalidité permanente totale.

Cessation du versement des prestations

Outre les cas relatifs à la cessation de la garantie invalidité permanente partielle, le versement des prestations cesse :

- dès que l'assuré reprend ou est apte à reprendre une activité professionnelle à temps plein,
- dès que le taux d'incapacité devient inférieur à 33 %,
- pendant la période de congé légal de maternité,
- à la date de liquidation de la pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite,
- au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

13.6 – Dispositions communes

Les garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle s'exercent à condition que l'état de santé de l'assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en perte totale et irréversible d'autonomie.

Les garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle ne jouent au profit d'un assuré agissant en qualité de caution bancaire que lorsque, 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'invalidité permanente totale.

Si l'assuré est assujéti à la MSA (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'invalidité permanente totale.

Engagement maximum de l'assureur au titre des garanties incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale

Lorsque plusieurs personnes physiques agissant à titre personnel ou pour le compte d'une personne morale 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 à l'organisme prêteur.

Ainsi, en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale simultanée d'un emprunteur, d'un coemprunteur ou d'une caution assurés, le montant des prestations versé par l'assureur au titre d'une même opération de crédit ne pourra pas être supérieur au montant de l'échéance due à l'organisme prêteur telle qu'elle est indiquée dans le tableau d'amortissement

L'engagement mensuel de l'assureur au titre des garanties incapacité temporaire totale et invalidité permanente totale, toutes opérations de crédit confondues, est plafonné à **7 000 Euros** par assuré.

14. Cessation des garanties

14.1 - En cas de décès

Outre les cas relatifs à la cessation de l'adhésion, la garantie décès cesse au plus tard au **90^{ème}** anniversaire de l'assuré.

14.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Outre les cas relatifs à la cessation de l'adhésion, la garantie PTIA cesse au plus tard au **67^{ème}** anniversaire de l'assuré.

14.3 – En cas d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale et d'invalidité permanente partielle

Outre les cas relatifs à la cessation de l'adhésion, la garantie incapacité temporaire totale cesse au jour de la reconnaissance d'une invalidité permanente (quelle qu'elle soit), au **1095^{ème}** jour d'arrêt de travail, au jour de la liquidation d'une pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite et au plus tard au jour du **67^{ème}** anniversaire de l'assuré.

Outre les cas relatifs à la cessation de l'adhésion, les garanties invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle cessent au jour de la liquidation d'une pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite et au plus tard au jour du **67^{ème}** anniversaire de l'assuré.

15. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et partielle suite à une maladie ou un accident survenus hors de France, la constatation médicale de cet état et la détermination du taux d'invalidité sont effectuées en France métropolitaine par le médecin-conseil de l'assureur.

Les frais de retour en France métropolitaine ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.

16. Exclusions

16.1 Exclusions non rachetables

Exclusions générales au titre des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

Sont exclus des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle :

- le suicide de l'assuré ou les tentatives de suicide de l'assuré survenant au cours de la première année de l'adhésion, sauf les cas prévus par l'article L 132-7 du Code des assurances issu de la loi n° 2001-135 du 03/12/2001.

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).

Exclusions au titre des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

Outre les exclusions générales prévues ci-dessus sont également exclues des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle 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 ou la survenance est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ;
- 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 taumachie.

Exclusions au titre des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

Outre les exclusions prévues aux articles précédents, sont aussi exclues des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle 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.

16.2 - Exclusions rachetables

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

Exclusions générales au titre des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

Sont exclues des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle 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 à 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).

Exclusions au titre des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle

Sont exclues des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle 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 temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle les suites et conséquences :

- des atteintes de la colonne vertébrale, para-vertébrales et cervico-dorso-lombo-sacrées.

Toutefois les infections, les tumeurs, les fractures traumatiques d'origine accidentelle, et les pathologies qui entraînent une hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs en service spécialisé ou qui entraînent une intervention chirurgicale pendant la période d'incapacité de travail sont prises en charge.

En cas d'hospitalisation d'au moins 15 jours consécutifs en service spécialisé ou d'intervention chirurgicale survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle, l'assureur verse les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise décompté à partir du point de départ de l'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale.

- de fibromyalgie, de syndrome de fatigue chronique, d'affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions y compris réactionnelles, et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques, ou les troubles de la personnalité et/ou du comportement sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins 30 jours consécutifs dans un hôpital public, privé ou une clinique médicale.

En cas d'hospitalisation d'au moins 30 jours continus survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle, l'assureur verse les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise décompté à partir du point de départ de l'hospitalisation.

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

En cas de rachat partiel, la franchise de 15 jours consécutifs d'hospitalisation en service spécialisé applicable au titre des suites et conséquences des atteintes de la colonne vertébrale, para-vertébrales et cervico-dorso-lombo-sacrées est ramenée à 5 jours consécutifs d'hospitalisation en service spécialisé. La franchise de 30 jours consécutifs d'hospitalisation applicable au titre des suites et conséquences de fibromyalgie, de syndrome de fatigue chronique et d'affections psychiques est ramenée à 15 jours.

Pour le rachat total, il n'y a plus aucune condition d'hospitalisation.

17. Pièces justificatives à fournir en cas de sinistre

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

17.1 - 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 ou du barème d'amortissement arrêtés au jour du décès,
- attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour du décès,
- original de l'acte de décès de l'assuré,
- certificat médical original indiquant la date et 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.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

17.2 - 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 ou du barème d'amortissement arrêtés au jour de la reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie,
- attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant du capital restant dû par l'assuré au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie,
- 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 d'autonomie peut être considérée comme irréversible et totale.
- 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 3^{ème} catégorie d'invalides ou d'une rente d'incapacité dont le taux est égal à 100 %.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

17.3 - En cas d'incapacité temporaire totale

- copie du bulletin d'adhésion,
- copie du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement ou du barème d'amortissement arrêtés au jour de l'arrêt de travail et éventuellement des tableaux d'amortissement émis périodiquement (prêts à taux révisable),
- attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des échéances ou des loyers dus par l'assuré,
- acte de cautionnement si l'assuré est caution,
- original du certificat médical fourni par l'assureur complété par le médecin traitant mentionnant notamment la date de début de l'arrêt de travail, sa cause et sa durée prévisible,
- s'agissant d'un assuré assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme équivalent, décomptes de règlement des indemnités journalières,
- dans le cas contraire, originaux des certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

17.4 - En cas d'invalidité permanente totale

- copie du bulletin d'adhésion,
- copie du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement ou du barème d'amortissement arrêtés au jour de l'arrêt de travail et éventuellement des tableaux d'amortissement émis périodiquement (prêts à taux révisable),
- attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des échéances ou des loyers dus par l'assuré,
- acte de cautionnement si l'assuré est caution,
- original du certificat médical fourni par l'assureur complété par le médecin traitant mentionnant la date de début de l'invalidité, sa cause et son degré,
- 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 2^{ème} catégorie d'invalides ou d'une rente d'incapacité dont le taux est au moins égal à 66 % (100 % pour les assurés assujétis à la MSA).
- décomptes de versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par le régime social de base.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

17.5 - En cas d'invalidité permanente partielle

- copie du bulletin d'adhésion,
- copie du certificat d'adhésion dans lequel figurent les conditions d'acceptation,
- original du tableau d'amortissement ou du barème d'amortissement arrêtés au jour de l'arrêt de travail et éventuellement des tableaux d'amortissement émis périodiquement (prêts à taux révisable),
- attestation de l'organisme prêteur justifiant le montant des échéances ou des loyers dus par l'assuré,
- acte de cautionnement si l'assuré est caution,
- original du certificat médical fourni par l'assureur complété par le médecin traitant mentionnant la date de début de l'invalidité, sa cause et son degré,
- 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 1^{ère} catégorie d'invalides ou d'une rente d'incapacité dont le taux est compris entre 33 % et 66 %,
- décomptes de versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité par le régime social de base.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser à l'attention du médecin-conseil SSN / Çaassure- CS 60021 – 118 rue Roger Mathurin – 13395 Marseille Cedex 10.

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.

18. Contrôle médical - 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^{ème} expert par exemple), afin de les départager.

19. Convention AERAS

19.1 - Objet de la Convention AERAS

Les assurés présentant un risque aggravé de santé relevant du cadre fixé par la réglementation AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et ne pouvant être garantis dans le cadre de la tarification standard du présent contrat (niveau 1 de ladite convention), peuvent bénéficier d'une tarification spécifique sous réserve d'acceptation de l'assureur.

Ces demandes d'adhésion sont systématiquement examinées individuellement conformément au niveau 2 de la convention AERAS. Une proposition tarifaire personnalisée est adressée après envoi des documents médicaux adaptés à l'étude de ces dossiers (questionnaire de santé et/ou tous documents médicaux permettant l'étude du dossier). En cas de refus des garanties dans le cadre du contrat d'assurance de niveau 2, et sous réserve que les conditions d'éligibilité suivantes soient remplies :

- pour les prêts immobiliers (autre que la résidence principale) et professionnels : encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 Euros et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt ;
- pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale : prêts d'au plus 320 000 Euros (sans tenir compte des prêts relais), et durée telle que l'âge de l'emprunteur n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Le dossier est présenté dans le cadre du pool de réassurance dit de niveau 3, conformément à la convention AERAS, et dans le respect des dispositions de confidentialité prévues.

19.2 – Garantie Invalidité spécifique

Conformément aux dispositions de la Convention AERAS, une garantie invalidité spécifique est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où les garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle ont été refusées pour des raisons médicales. Il ne s'agit pas d'une option, une personne à assurer ne peut solliciter directement cette garantie, de même une demande d'adhésion au titre des garanties décès / PTIA, et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime, n'ouvre pas droit à cette garantie.

La garantie invalidité spécifique s'exerce avant la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré(e) atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, et au plus tard avant ses 62 ans, sous réserve d'un classement en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d'une mise en congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés et d'un taux d'incapacité fonctionnelle égal ou supérieur à 70 % apprécié par le médecin conseil de l'Assureur suivant le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires, la cotation étant additive en cas de poly-pathologies.

Tant que dure l'état d'invalidité tel que défini ci-dessus et que l'assuré n'a pas fait valoir ses droits à pension de retraite, et au plus tard jusqu'au 67^{ème} anniversaire de l'assuré, l'assureur verse à l'assuré les échéances de remboursement du prêt, après application de la quotité assurée, à raison de 1/30^{ème} du versement mensuel par jour d'arrêt de travail justifié de la personne assurée.

Tous les risques de maladie et d'accident sont garantis, à l'exception des risques exclus au titre des garanties incapacité temporaire totale, invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle figurant à l'article Exclusions.

Toutes les informations sur la convention AERAS sont disponibles sur le site www.aeras-infos.fr.

Titre 3 : Cotisations

20. Montant des cotisations

Deux formules sont possibles :

- les cotisations constantes : calculées sur la base du capital initial affecté de la quotité garantie,
- les cotisations variables : calculées sur la base du capital restant dû, affecté de la quotité garantie.

Le choix doit être effectué par l'assuré lors de sa demande d'adhésion : il est irrévocable sur toute la durée de l'adhésion.

Cotisations constantes

Les cotisations annuelles - tous frais et taxe compris - sont fixées en fonction du capital initial pour les prêts amortissables et non amortissables, du découvert autorisé pour les découverts bancaires et du montant du crédit-bail immobilier ou mobilier hors taxe sur la valeur ajoutée pour les crédits-bails immobiliers et mobiliers affecté de la quotité garantie, de l'âge de l'assuré lors de son adhésion et de sa catégorie professionnelle et de l'option et des garanties souscrites.

Cotisations variables

Les cotisations annuelles - tous frais et taxe compris - sont fixées en fonction de l'âge atteint de l'assuré (déterminé par différence de millésimes entre l'année de versement des cotisations et l'année de naissance), de sa catégorie professionnelle, de l'option et des garanties souscrites. Les cotisations sont calculées sur le montant du capital restant dû au 1^{er} janvier de chaque année, affecté de la quotité garantie ; elles évoluent ensuite en fonction de l'âge de l'assuré et du montant du capital restant dû à cette date.

Les cotisations sont fixées tous frais et taxes sur les conventions d'assurance compris. Elles seront éventuellement majorées en cas de relèvement de la taxe sur les conventions d'assurance en vigueur à la souscription du contrat ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Tarif Fumeur / Non-fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les fumeurs et les non-fumeurs.

Par défaut, le tarif fumeur est appliqué.

Lors de l'établissement de la proposition, la personne à assurer qui souhaite bénéficier du tarif préférentiel non-fumeur doit certifier *ne pas avoir fumé de cigarettes (y compris cigarettes électroniques), cigares, ou pipes au cours des 24 mois précédant la date de signature de la demande d'adhésion et ne pas avoir arrêté de fumer suite à la demande expresse du corps médical.*

Taux minorés

Il est prévu une réduction de **10 %** dans les cas suivants :

- ↳ Adhésion conjointe d'un emprunteur et co-emprunteur ("rabais couple") ;
- ↳ Souscription d'un emprunt susceptible d'être considéré dans la catégorie "gros capitaux", à savoir supérieur à 300 000 Euros, et ce après application de la quotité assurée.

21. Paiement des cotisations

21.1 Modalités de paiement

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'assuré 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 1^{er} janvier.

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

Le coût sera facturé 20 Euros pour toute modification.

Remboursement des cotisations en cas d'indemnisation au titre des garanties incapacité temporaire totale / invalidité permanente totale / invalidité permanente partielle

L'assuré en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale demeure garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce maintien est accordé dès le versement des prestations prévues en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente totale et pendant toute la durée de leur versement mais au plus tôt, à compter du 91^{ème} jour d'arrêt total et continu de travail.

Toutefois, l'assureur continuera à prélever les cotisations auprès de l'assuré concerné pendant toute la durée de versement des prestations et procèdera à leur remboursement lors du versement des prestations.

21.1 Défaut 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 est tenu d'informer le prêteur en cas de non-paiement par l'emprunteur de ses cotisations.

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.





CS 60021 – 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 00020 - APE : 6622Z - S.A. au capital de 100 000 euros