



NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance collective emprunteurs
à adhésion facultative N° 32007

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance collective emprunteurs à adhésion facultative

Notice d'information juillet-2020

Notice d'information Réf VG4229-2001 au contrat d'assurance collectif N° 32 007 (ci-après désigné "Contrat") souscrit par L'Association Châteaudun – Le Peletier au profit de ses membres, auprès de Quatrem (ci-après dénommé "Assureur") Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte – 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724 Société du groupe Malakoff Humanis et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Les termes ou expressions avec la première lettre en majuscule sont définis dans le lexique à la fin de cette notice d'information

1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet le paiement, en cas de Sinistre sur la personne assurée, de tout ou partie des sommes dues par l'Emprunteur ou le Co-Emprunteur à l'Organisme Prêteur au titre de l'opération de crédit concernée par l'assurance.

Il permet aux Emprunteurs et aux Co-Emprunteurs de s'assurer en fonction de leurs choix, contre les risques de Décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) et d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou Partielle (IPP).

La présente notice d'information a pour objet de décrire le fonctionnement général du contrat, notamment toutes les garanties proposées et les prestations correspondantes.

2. PERSONNES ADMISSIBLES

En qualité d'Assuré ou d'Adhérent, sont admissibles au présent contrat, les personnes physiques qui résident en France métropolitaine, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion), en Polynésie Française ou Nouvelle Calédonie.

En outre, ces personnes physiques doivent à la date de la Demande Individuelle d'Adhésion être âgées de plus de 18 ans et de :

- moins de 70 ans pour la garantie décès
- moins de 65 ans pour les garanties PTIA, ITT, IPT, IPP

En qualité d'Adhérent seul, la société civile immobilière souscriptrice de l'opération de crédit, est admissible si son siège social se situe en France métropolitaine, à Monaco, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion), en Polynésie Française ou Nouvelle Calédonie.

De plus, lorsque l'Adhérent est une société civile immobilière, l'assuré doit avoir la qualité d'associé, de dirigeant de droit ou de Caution solidaire.

Lorsque l'Adhérent est une personne morale, l'Assuré doit avoir la qualité d'associé ou de dirigeant de droit de la société adhérente.

3. NATURE DES OPERATIONS DE CREDIT CONCERNEES

Les opérations de crédit doivent être :

- réalisées en euros,
- rédigées en français,
- consenties par des établissements de crédit français situés en France ou succursales d'établissement de crédit français situées dans un état membre de l'Union Européenne ou succursales françaises d'établissements de crédit étrangers ayant leur siège dans un état membre de l'Union Européenne,
 - o pour un montant minimal assuré de 17 000 €
 - o pour un montant maximum assuré de 2 000 000 € (deux millions d'euros) par assuré
 - o et une durée minimale d'un an.

Sont éligibles, les opérations de crédit suivantes ayant pour objet un prêt immobilier :

PRÊTS AMORTISSABLES :

- À taux fixe ou variable capé +/- 2 points,
- Avec ou sans différé d'amortissement total ou partiel,
- D'une durée maximale de 360 mois, différé d'amortissement inclus, le différé d'amortissement maximum étant de 36 mois en intérêt et capital et 10 ans en capital seul,

LES PRETS A TAUX ZERO

D'une durée maximale de 360 mois, le différé maximal étant de 180 mois

LES PRÊTS RELAIS :

D'une durée maximale de 36 mois

LES PRÊTS IN FINE :

D'une durée maximale de 180 mois

Les prêts à la consommation et les prêts de restructuration ne sont pas éligibles au présent contrat.

4. GARANTIES PROPOSEES

Les FORMULES de garanties proposées à l'adhésion sont les suivantes :

FORMULE 1

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

FORMULE 2

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT).

FORMULE 3

- DECES,
- PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA),
- INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) et INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (IPT) et INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (IPP).

FORMULE 4 (Assuré âgé entre 65 ans et moins de 70 ans à l'adhésion)

- - DÉCÈS SEUL.

Les Formules 2 et 3 ne peuvent être souscrites pour les prêts relais et les prêts in fine.

5. FORMALITES D'ADHESION

5.1 Formalités médicales et administratives

Chaque Proposant doit remplir et signer une Demande Individuelle d'Adhésion et satisfaire aux formalités médicales et financières demandées en fonction du capital à garantir, de son âge et de son état de santé.

L'Assureur rembourse, selon le barème prévu au tableau des formalités en vigueur et sur présentation des factures originales, les frais et honoraires résultant des formalités médicales qu'il a demandées dans les cas suivants :

- si l'Adhésion est effective,
- si l'Adhésion est refusée par l'Assureur,
- si l'Adhésion est proposée sous conditions particulières (surprime, exclusion, restriction sur les garanties).

Déclaration non-Fumeur

Des tarifs différents sont appliqués pour les Fumeurs et les non-Fumeurs. Dans l'hypothèse où la personne physique admissible souhaite bénéficier des tarifs non-Fumeurs, elle est tenue de satisfaire à la déclaration figurant sur la Demande Individuelle d'Adhésion. Conformément à la grille des formalités médicales, un test de cotinine peut également être demandé.

CONVENTION AERAS

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Toutes les informations sur la Convention AERAS sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr.

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à

l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

Dispositions d'admission à l'assurance

Pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers, la Convention prévoit, dans le respect des règles de confidentialité édictées, un dispositif d'examen approfondi de la demande d'assurance comportant trois niveaux. Si la demande d'assurance est refusée dans le cadre des formalités médicales prévues par le contrat, elle donne automatiquement lieu à un réexamen individualisé qualifié de deuxième niveau. Si aucune proposition d'assurance ne peut être établie à l'issue de ce deuxième niveau, le dossier est d'office étudié à un troisième niveau sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- Pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers (lorsqu'il ne s'agit pas de l'acquisition de la résidence principale) : encours cumulé de prêts d'au plus 320 000 euros et durée telle que l'âge de la personne à assurer n'excède pas 70 ans au terme du prêt,
- Pour les prêts liés à l'acquisition de la résidence principale, prêt d'au plus 320 000 euros (hors prêt relais) et durée telle que l'âge de la personne à assurer n'excède pas 70 ans au terme du prêt.

Toutefois, ce dispositif, bien que très complet, n'aboutit pas nécessairement à une proposition d'assurance.

Garantie Invalidité Spécifique

Une Garantie Invalidité Spécifique est prévue par la Convention AERAS pour les prêts professionnels destinés à l'acquisition de locaux et de matériels et les prêts immobiliers. La possibilité d'accorder cette garantie doit être systématiquement étudiée par l'Assureur si la garantie Invalidité Permanente Totale du contrat a été refusée pour raison médicale. Il ne s'agit pas d'une option. Les Proposants ne peuvent solliciter directement cette garantie. De même, une demande de couverture uniquement en Décès/PTIA et faisant l'objet à ce titre d'une exclusion et/ou d'une surprime n'ouvre pas droit à cette garantie.

Si la Garantie Invalidité Spécifique ne peut être proposée, l'Assureur doit étudier la possibilité de proposer la couverture du risque Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Décision de l'assureur :

Au terme de l'examen des pièces médicales et financières, l'Assureur peut :

- Accorder l'assurance aux conditions standards ;
- Accorder l'assurance moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties ;
- Refuser ou ajourner l'admission de la personne à assurer.

En cas d'accord moyennant une cotisation majorée et/ou des restrictions de garanties, l'Assureur adresse au Proposant une lettre de notification qui précise les conditions particulières d'acceptation. Le Proposant, s'il accepte la décision, doit donner son consentement par écrit sur les conditions proposées, en retournant la lettre de notification datée et

signée. A défaut, la proposition est considérée comme refusée par le Proposant

La durée de validité de l'acceptation de l'Assureur est fixée à 4 mois à compter de l'envoi à l'Assuré de la lettre de notification, ou à défaut 6 mois à compter de la date de signature de la Demande Individuelle d'Adhésion. Si, au terme de ce délai, la prise d'effet de l'Adhésion n'est pas intervenue, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

5.2 Emission du Certificat Individuel d'Adhésion

Les conditions d'acceptation de l'Assureur sont mentionnées au Certificat Individuel d'Adhésion.

Sous réserve de la réception des pièces nécessaires à son édition, le Certificat Individuel d'Adhésion est émis :

- sans délai, lorsque l'Adhésion est acceptée aux conditions standards,
- à la réception de la lettre de notification datée et signée par l'Assuré, lorsque l'Adhésion fait l'objet de conditions particulières d'acceptation.

La prise d'effet des garanties doit intervenir au plus tard dans les 6 mois suivant l'émission du Certificat Individuel d'Adhésion.

L'Assureur se réserve le droit de renouveler les formalités d'adhésion si la prise d'effet des garanties n'intervient pas dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion.

Tout changement en cours d'Adhésion doit être déclaré auprès de l'Assureur dans les conditions décrites au chapitre 10. « Modification en cours d'adhésion ».

6. DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

6.1 Prise d'effet et durée de l'Adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date d'édition indiquée au Certificat Individuel d'Adhésion.

L'adhésion est conclue pour toute la durée du prêt couvert par l'assurance, sous réserve des cas de cessation de l'Adhésion prévus au **chapitre 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES »**.

6.2 Début des garanties

Dès lors que l'Adhésion a pris effet et sous réserve du paiement par l'Adhérent de la première cotisation, les garanties prennent effet :

- pour une première assurance, à la date de la signature de l'offre de prêt,
- pour une adhésion conclue en substitution d'une précédente assurance conformément à l'article L. 313-30 du Code de la consommation, à la date d'effet retenue par l'Organisme prêteur qui a accepté la substitution d'assurance.

7. QUOTITE GARANTIE

La Quotité est choisie au moment de l'Adhésion au contrat. Elle doit être inférieure ou égale à 100 % par personne assurée. Il est possible de choisir une quotité différente pour la garantie Décès et les garanties Incapacité/Invalidité.

8. GARANTIES ET MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Les garanties définies ci-dessous couvrent les Sinistres survenus après la date d'effet des garanties.

La quotité garantie reposant sur la tête de l'Assuré sera appliquée aux indemnités prévues ci-après pour l'ensemble des garanties.

Les prestations seront également limitées en fonction des conditions d'admissibilité notifiées au Certificat Individuel d'Adhésion et des limites prévues au chapitre 13. "ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR".

8.1 Garantie Décès Accidentel durant l'accomplissement des formalités d'adhésion

À réception de sa Demande Individuelle d'Adhésion par l'Assureur, la personne à assurer bénéficiera d'une couverture contre le risque de décès consécutif à un Accident. Cette couverture prendra fin à la date d'envoi par le Courtier gestionnaire du Certificat Individuel d'Adhésion ou de la lettre de notification de refus de l'Adhésion (au titre de toutes les formules de garanties précisées au chapitre 4 « GARANTIES PROPOSÉES ») ; et au plus tard 60 jours après la date de réception de la Demande Individuelle d'Adhésion par l'Assureur.

Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de 100 000 € et sous réserve des exclusions énoncées au chapitre 11 « EXCLUSIONS ».

8.2 Garantie Décès

L'assurance s'applique en cas de **Décès de l'Assuré avant son 85ème anniversaire** et sous réserve des exclusions prévues au chapitre 11. "EXCLUSIONS".

Les prestations garanties par l'Assureur, s'expriment sous forme d'un capital versé à l'Organisme Prêteur déterminé ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
PRET AMORTISSABLE	Pendant le différé d'amortissement : CAPITAL INITIAL* Pendant la phase d'amortissement : Capital Restant Dû, au jour du décès conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date*
PRET REMBOURSABLE IN FINE	CAPITAL INITIAL*

* majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du Décès.

Le capital versé est limité au montant garanti conformément au Certificat Individuel d'Adhésion ou le dernier avenant entériné par l'Assureur.

Les éventuelles échéances de prêt impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en charge par l'Assureur.

Remarques :

Décès intervenant avant tout déblocage des fonds, mais postérieurement à la signature de l'offre de prêt :

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à la prise d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement), l'adhésion au contrat produira tous ses effets

s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

Le versement du capital met fin à l'Adhésion et ses garanties.

8.3 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'assurance s'applique en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance et sous réserve des exclusions prévues au **chapitre 11. "EXCLUSIONS"**.

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état de santé, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit. En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

En cas de reconnaissance en Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'Assureur effectue, par anticipation, le versement de l'indemnité prévue en cas de Décès, ce qui met fin à l'Adhésion et ses garanties.

Son montant est déterminé le jour de la reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par l'Assureur.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou, le cas échéant, du médecin qui a établi le certificat médical.

8.4 Garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Totale ou partielle

Ces garanties peuvent être souscrites exclusivement au moment de l'adhésion au contrat et au plus tard dans les six mois qui suivent la date des déclarations médicales de l'Assuré lors de l'adhésion.

En outre, ces garanties ne peuvent être souscrites que si le Proposant, lors de son Adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, ou est Conjoint collaborateur.

L'assurance s'applique en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP sous réserve des exclusions prévues au chapitre 11. "EXCLUSIONS", sauf rachat d'une exclusion indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion.

Incapacité Temporaire Totale (ITT)

L'ITT doit survenir en cours d'assurance, avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quel qu'en soit le motif, et au plus tard **avant le 65^{ème} anniversaire** de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue, médicalement justifiée, d'exercer **son activité professionnelle**.

Est également considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, s'il est temporairement contraint, sur prescription médicale, d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne en raison d'un Accident ou d'une Maladie.

L'incapacité doit être temporaire et totale et reconnue par une autorité médicale compétente. L'Assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Totale (IPT)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPT doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** au moins égal à **66%**, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer, même à temps partiel, la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Invalidité Permanente partielle (IPP)

Pour bénéficier de cette garantie, l'IPP doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le 65^{ème} anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur, comme étant atteint d'un **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** supérieur ou égal à **33%** et inférieur à **66%**, calculé conformément au paragraphe «Appréciation du taux contractuel d'incapacité» et qui se trouve dans l'impossibilité définitive et permanente d'exercer la profession pratiquée de façon effective et habituelle au jour du Sinistre.

Garantie invalidité spécifique (GIS)

Est considéré en état d'Invalidité Spécifique, l'Assuré qui, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident et après Consolidation de son état, est reconnu par un médecin expert désigné par l'Assureur comme définitivement en invalidité professionnelle totale et si son taux d'incapacité fonctionnelle est au moins égal à **70 %**, suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires en vigueur au jour du sinistre.

Appréciation du taux contractuel d'incapacité

Le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** est apprécié 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, d'après le guide-barème « dit du Concours Médical », en vigueur au jour du Sinistre.

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à l'activité professionnelle de l'Assuré exercée au jour du

Sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la Maladie ou à l'Accident, des conditions normales d'exercice de cette activité et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Pour l'Assuré Inactif au jour du sinistre, le **TAUX CONTRACTUEL D'INCAPACITE** est appréciée en fonction de la seule incapacité fonctionnelle et notamment de l'incidence de cette incapacité telle que définie à cet article sur l'exercice des Occupations de la Vie Quotidienne de l'Assuré.

Le tableau figurant ci-après est un extrait indiquant les divers degrés d'incapacité (en pourcentage) tant fonctionnelle que professionnelle, fixé par le bureau commun des assurances collectives (B.C.A.C.).

Taux d'incapacité : (1) fonctionnelle, (2) professionnelle									
(1)	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2)									
10				29,2	33	36,6	40	43,3	46,4
20			31,8	36,9	41,6	46,1	50,4	54,5	58,5
30		30	36,3	42,2	47,6	52,8	57,7	62,4	66,9
40	25,2	33	40	46,4	52,4	58,1	63,5	68,7	73,7
50	27,1	35,6	43,1	50	56,5	62,6	68,4	74	79,4
60	28,9	37,8	45,8	53,1	60	66,5	72,7	78,6	84,3
70	30,4	39,8	48,2	55,9	63,2	70	76,5	82,8	88,8
80	31,8	41,6	50,4	58,5	66	73,2	80	86,5	92,8
90	33	43,3	52,4	60,8	68,7	76,1	83,2	90	96,6
100	34,2	44,8	54,3	63	71,1	78,8	86,2	92,2	100

Par exemple, pour un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% et un taux d'incapacité professionnelle de 80%, d'après le tableau, le taux d'invalidité permanente qui détermine le droit aux prestations et leur montant, est de 73%, donc supérieur au taux de reconnaissance contractuel d'une IPT.

REMARQUES IMPORTANTES :

Les garanties ITT, IPT, IPP s'exercent à condition que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas déjà entraîné sa reconnaissance en PTIA.

Les pièces émanant de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), de la Sécurité Sociale, ou de tout autre organisme social ou professionnel, ne permettent pas de justifier d'un état d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

L'Assureur n'est pas lié par les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé ou le cas échéant du médecin qui a établi le certificat médical.

Franchise :

L'Adhérent qui souscrit les garanties ITT, IPT ou IPP a le choix au moment de sa Demande Individuelle d'Adhésion entre une **Franchise de 30 ou 90 jours continue**.

Prestations :

Si l'Assuré est atteint d'une ITT, IPT ou IPP, l'Assureur verse au Bénéficiaire, à compter de l'expiration du délai de Franchise mentionné au Certificat Individuel d'Adhésion, et dans les limites prévues au paragraphe « Durée de service des prestations » du présent chapitre, des prestations égales aux montants définis ci-dessous, multipliés par la Quotité garantie, conformément au tableau d'amortissement au jour du Sinistre.

Cas particuliers :

- La date de début de versement des prestations dans le cas de la Garantie Invalidité Spécifique est la date de la reconnaissance par le médecin désigné par l'Assureur de l'état d'invalidité défini au paragraphe « Définition de la Garantie Invalidité Spécifique ».

- Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, Affections psychiatriques et Affections du dos lorsque l'option Renfort n'est pas souscrite : pour les Affections prises en charge au titre d'une hospitalisation, le paiement des prestations débute à l'expiration du délai de Franchise et au plus tôt le premier jour d'hospitalisation.

- Sinistre survenu avant le début du Congé légal de maternité sans avoir donné lieu à indemnisation à cette date ou survenu pendant le Congé légal de maternité : le point de départ du délai de Franchise est reporté au premier jour qui suit la fin du Congé légal de maternité si le Sinistre perdure à cette date.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
Prêt amortissable	Pendant le différé partiel d'amortissement :
	100 % des échéances d'intérêts dus
	Pendant la phase d'amortissement :
	100 % des échéances dues

En cas d'invalidité Permanente Partielle :

OPERATION DE CREDIT	MONTANT DES PRESTATIONS
Prêt amortissable	Pendant le différé partiel d'amortissement :
	50 % des échéances d'intérêts dus
	Pendant la phase d'amortissement :
	50 % des échéances dues

Les prestations versées au titre des garanties ITT, IPT, GIS ou IPP sont calculées à compter de l'expiration du délai de Franchise, au prorata du nombre de jours à indemniser (chaque mois étant réputé avoir 30 jours) et sont réglées au plus tôt à l'échéance de l'opération de crédit concernée suivant la Franchise.

Les prestations ne peuvent pas être supérieures aux montants garantis à la date de survenance du Sinistre indemnisé tels que prévus au tableau d'amortissement en vigueur au jour du Sinistre et dans la limite du montant indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion en vigueur à cette date.

L'Assureur ne prend jamais en charge au titre des garanties ITT, IPT, GIS et IPP :

- Les retards de paiement d'échéances de prêt, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'Organisme Prêteur ;
- Les augmentations d'échéance intervenant après la date du Sinistre ou dans les 6 mois précédant le Sinistre
- Le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non.

Temps partiel pour motif thérapeutique

L'assuré qui, à la suite d'une Incapacité Temporaire Totale indemnisée au titre du présent contrat, est médicalement autorisé à reprendre une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique dans le cadre des

articles L.323-3 et L.433-1 du Code de la sécurité Sociale, continuera de bénéficier du versement des prestations à hauteur de 50% du montant garanti en cas d'Incapacité Temporaire Totale, sous réserve que le temps de travail effectif soit inférieur à 80%.

La durée d'indemnisation pour un même Accident ou Maladie ne pourra excéder six mois à compter de la reprise partielle du travail pour motif thérapeutique.

Rechute

Lorsque l'Assuré reprend son activité après une Incapacité Temporaire Totale lui ayant ouvert droit à indemnisation et qu'il est à nouveau en Incapacité Temporaire Totale au titre du présent contrat du fait de la même Affection dans les 60 jours suivant la fin de cette indemnisation, la période indemnisée et celle consécutive à ladite rechute sont considérées comme une seule et même période. Aucun délai de Franchise n'est de nouveau appliqué. Si la rechute intervient au-delà de 60 jours suivant sa reprise d'activité par l'Assuré, elle est considérée comme une nouvelle Incapacité Temporaire Totale. Dans ce cas, et sous réserve que le contrat et l'Adhésion soient toujours en cours, un nouveau délai de Franchise s'applique.

Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de **90 jours au-delà de la Franchise indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur.**

Ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'Incapacité Temporaire Totale, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L.113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

Durée de service des prestations

Le service des prestations se poursuit tant que dure l'ITT, l'IPT, la GIS ou l'IPP de l'Assuré, sans pouvoir excéder les dates limites fixées au **chapitre 9. « FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES »**.

Il cesse également d'être dû pour l'ensemble des garanties ITT, IPT, GIS ou IPP en cas :

- **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),**
- **pendant le Congé légal de maternité. Le service des prestations reprend à l'issue du Congé légal de maternité si l'Incapacité Temporaire Totale ou l'Invalidité perdure à cette date,**
- **de situation rendant impossible l'exercice du contrôle médical (par exemple, en cas de changement d'adresse non notifié à l'Assureur et à l'Organisme Prêteur),**
- **de refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'Assureur conformément au chapitre 14. « CONTROLE MEDICAL-ARBITRAGE », (sauf cas fortuit ou de force majeure)**

- **de reconnaissance d'un état de PTIA ouvrant droit, par anticipation, au versement unique prévu pour la garantie Décès.**

En outre, s'agissant de :

La garantie ITT, le service des prestations cesse également :

- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non (sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique indemnisée au titre du présent contrat, dans la limite de 6 mois),**
- **pour l'Assuré Inactif au jour du Sinistre, en cas de reprise totale ou partielle de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale par le médecin-expert de l'Assureur,**
- **à la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré.**
- **au plus tard au 1095eme jour d'indemnisation.**

La garantie IPT, le service des prestations cesse également :

- **si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré, son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 66%,**
- **en cas de reprise totale ou partielle d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Totale par le médecin-expert de l'Assureur.**

La garantie IPP, le service des prestations cesse également :

- **si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux contractuel d'incapacité devient inférieur à 33 %,**
- **en cas de reprise totale d'une quelconque activité professionnelle rémunérée ou de ses Occupations de la Vie Quotidienne,**
- **en cas d'expertise, à la date à laquelle l'Assuré n'est plus considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle par le médecin-expert de l'Assureur,**
- **en cas de reconnaissance par l'Assureur de l'état d'IPT donnant lieu à indemnisation.**

La Garantie Invalidité Spécifique, le service des prestations cesse également :

- **Si à la suite de l'évolution de l'état de santé de l'Assuré son taux d'incapacité fonctionnelle devient inférieur à 70 %.**

9. FIN DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

L'Adhésion cesse :

- **Lorsque l'offre de prêt n'est pas signée dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de l'Adhésion ou lorsqu'aucun fonds n'a été débloqué dans les 24 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Les cotisations afférentes à la couverture du prêt éventuellement perçues sont intégralement remboursées à l'exception des frais d'adhésion à l'Association Châteaudun – Le Peletier (frais dont le montant est indiqué sur la Demande Individuelle**

d'Adhésion). L'Adhésion au contrat est alors réputée ne jamais avoir pris effet.

- À l'échéance finale prévue à l'origine de l'opération de crédit concernée mentionné au Certificat Individuel d'Adhésion, sauf accord de l'Assureur sur la modification de la durée,
- À la date à laquelle le paiement du solde du prêt devient exigible au profit de l'Organisme Prêteur en application du contrat de prêt,
- En cas de résiliation du prêt pour Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur,
- Lorsque l'Adhérent est une Société Civile Immobilière, le jour où l'Assuré perd sa qualité d'associé, dirigeant de droit et Caution solidaire,
- Lorsque l'adhérent est une personne morale autre qu'une Société Civile Immobilière, le jour où l'assuré perd sa qualité d'associé ou de dirigeant de droit,
- Au décès de l'Assuré,
- À la date à laquelle cessent les engagements de l'Emprunteur envers l'Organisme Prêteur c'est-à-dire :
 - Au remboursement total et définitif de l'opération de crédit concernée, que ce remboursement intervienne à l'échéance finale prévue à l'origine ou par anticipation,
 - À la date à laquelle la dette se trouve éteinte du fait du règlement d'un Sinistre par l'Assureur,
- En cas de non-paiement des cotisations,
- Au terme prévu de la garantie Décès comme défini au paragraphe « Fin des garanties »,
- Au 31 décembre qui suit la demande de résiliation de l'Adhésion par l'Adhérent conformément à l'article L. 113-12 du Code des assurances. L'Adhérent peut demander la résiliation de son Adhésion par lettre recommandée adressée au Courtier gestionnaire avant le 31 octobre de l'exercice concerné et après accord de l'Organisme Prêteur.

Modalités de mise en œuvre de la substitution d'assurance

Lorsque le prêt garanti est un prêt immobilier à caractère non professionnel, l'Adhérent bénéficie des dispositions du Code de la consommation lorsqu'il demande la résiliation de l'Adhésion dans le cadre d'une substitution d'assurance.

Résiliation au cours des 12 premiers mois suivant la signature de l'offre de prêt :

L'Adhérent peut résilier l'Adhésion dans un délai de 12 mois à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances.

La demande de résiliation doit être adressée au Courtier gestionnaire par lettre recommandée au plus tard 15 jours avant le terme de la période de 12 mois susmentionnée, accompagnée de la décision expresse de l'Organisme prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter l'assurance de substitution, avec mention de la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution.

La résiliation de l'adhésion prendra alors effet 10 jours après la réception par le Courtier gestionnaire de l'acceptation formelle de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par le Prêteur, la résiliation est caduque et l'Adhésion se poursuit dans toutes ses dispositions.

Résiliation au-delà de la première année suivant la signature de l'offre de prêt :

L'Adhérent qui souhaite substituer une nouvelle garantie d'assurance à son Adhésion peut résilier l'Adhésion.

La demande de résiliation doit être adressée au Courtier gestionnaire par lettre recommandée avant le 31 octobre de l'exercice concerné, accompagnée de la décision expresse de l'Organisme prêteur, visée à l'article L. 313-31 du Code de la consommation, d'accepter l'assurance de substitution, avec mention de la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution.

La résiliation de l'adhésion prendra alors effet 10 jours après la réception par le Courtier gestionnaire de l'acceptation formelle de l'Organisme prêteur ou à la date de prise d'effet de l'assurance acceptée en substitution par l'Organisme prêteur si celle-ci est postérieure.

En cas de refus par l'Organisme prêteur, la résiliation est caduque et l'adhésion se poursuit dans toutes ses dispositions.

Le courrier doit être adresse à l'adresse suivante : **SSN - 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 - 13395 Marseille Cedex 10.**

Fin des Garanties

D'une façon générale, les garanties prennent fin avec l'Adhésion.

À l'égard de chaque Assuré, les garanties cessent :

- Au plus tard au **31 décembre qui suit son 85ème anniversaire** en ce qui concerne la garantie Décès,
- Au plus tard au **31 décembre qui suit son 65ème anniversaire** en ce qui concerne la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- En ce qui concerne les garanties Incapacité de Travail, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle, Garantie Invalidité Spécifique, le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf en cas de mise en retraite anticipée pour inaptitude, et au plus tard au 31 décembre qui suit son 65ème anniversaire.

10. MODIFICATION EN COURS D'ADHÉSION

L'Adhérent peut, sous réserve de l'accord de l'Organisme Prêteur, demander à modifier la Quotité garantie en s'adressant au Courtier gestionnaire.

En tout état de cause, le Courtier gestionnaire doit être averti par écrit :

- de toute modification des caractéristiques du prêt garanti dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification, accompagné des pièces justificatives,
- de la modification du tableau d'amortissement résultant d'une variation du taux d'intérêt pour les prêts à taux variable dans un délai de 60 jours à compter de la prise d'effet de la modification,

Le Courtier gestionnaire informe l'Adhérent des conséquences des modifications qui lui ont été communiquées sur le déroulement de l'Adhésion.

En cas de Sinistre, les modifications qui n'ont pas été déclarées au Courtier gestionnaire ne sont pas opposables à l'Assureur lorsque ce dernier établit que le retard lui a causé un préjudice.

Un avenant qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouveaux montants assurés et les cotisations prévisionnelles correspondantes est émis :

- d'office lorsque la modification demandée est acceptée par l'Assureur sans nouvelles restrictions de garanties et à un tarif équivalent au tarif initial,
- après acceptation par l'Adhérent des restrictions de garanties ou de la hausse du tarif proposées par l'Assureur.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la modification et sauf cas de résiliation de l'Adhésion, les garanties continueront de s'appliquer dans les conditions initialement prévues.

L'Adhérent doit informer le Courtier gestionnaire de tout changement de domicile, d'adresse postale et/ou électronique. A défaut, les courriers envoyés à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

11. EXCLUSIONS

11.1 EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Sont exclues les suites et conséquences des événements ci-après :

- les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou d'une fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation, et que l'Assuré est le patient,
- la participation active de l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) à toute guerre civile ou étrangère, tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, attentat, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger) quel que soit le lieu où se déroulent ces événements ou les protagonistes,
- la manipulation par l'Assuré (sauf dans le cadre de l'exercice de sa profession déclarée à l'Adhésion) d'engins de guerre, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) et, dès lors que leur détention est interdite, la manipulation d'armes, de feux d'artifice de classe K4, d'explosifs,
- la participation en tant qu'amateur sous contrat rémunéré ou professionnel à des compétitions, démonstrations, matchs ou paris comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur, à des tentatives de records, à des cascades, à des acrobaties, à des essais préparatoires ou de réception

d'un engin motorisé ou non, à des vols en prototype, à des vols acrobatiques, à de la voltige aérienne ou à des raids,

- la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France,
- la pratique sportive à titre professionnel et / ou à titre amateur rémunérée, sauf dans le cadre de la profession de l'Assuré déclarée et acceptée par l'Assureur,
- les accidents de navigation aérienne lorsque pilote (pouvant être l'Assuré) ne possède pas de brevet/licence ou possède un brevet/licence périmés ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé, et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (exemples : parachute, kitesurf, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...).

Sont exclues, avec possibilité de rachat, les activités sportives ci-après ainsi que les suites et conséquences de leur pratique :

- les sports pratiqués à titre professionnel ou amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves),
- les activités sportives suivantes pratiquées à titre d'amateur :
 - * saut à l'élastique, slackline,
 - * sports relevant du Conseil National des Fédérations Aéronautiques et Sportives,
 - * sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
 - * sports nautiques autres qu'en bassin ou piscine hormis la plongée en scaphandre à moins de 40 mètres de profondeur pratiquée en groupe lorsque l'assuré possède un brevet de plongée et la plongée en apnée à moins de 6 mètres de profondeur,
 - * spéléologie,
 - * sports de combat ou arts martiaux hormis l'escrime, le judo, le karaté, le kendo, l'aïkido, le taekwondo, le kung fu ou le tai chi chuan,
 - * sports équestres hormis le manège, la randonnée, l'attelage et le dressage, course camarguaise, course landaise,
 - * sports cyclistes pratiqués en compétition,
 - * course à pied d'une distance supérieure à 42,195 km, rallyes-raids, courses de survie, activités sportives en zone désertique, triathlon, décathlon,
 - * sports de montagne hormis la randonnée à moins de 3 000 mètres d'altitude,
 - * escalade (hormis sur mur artificiel ou bloc), via ferrata,
 - * sports de neige hormis le ski alpin, le snowboard et le ski de fond pratiqués à titre de loisir sur piste ou terrain balisés ouverts au public,
 - * sports de glace suivants : bobsleigh, sports extrêmes sur glace, short-track, course de vitesse sur glace, skeleton, luge lorsqu'elle est pratiquée en compétition, hockey sur glace,
 - * rugby, football américain ou australien,
 - * sports figurant sur la liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'économie prévue à l'article R. 113-13 du Code des assurances

Toutes ces activités sportives sont néanmoins couvertes lorsqu'elles sont pratiquées dans le cadre d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte si l'Assuré établit que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement.

11.2 Exclusion applicable à la garantie Décès

Outre les exclusions énumérées au sous chapitre 11.1 « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », est exclu le décès qui résulte du suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date de l'Adhésion.

En cas d'augmentation des garanties en cours de l'Adhésion, le suicide n'est couvert pour les garanties supplémentaires, qu'à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.

Si le prêt garanti par le présent contrat a été contracté pour financer l'acquisition du logement principal de l'Assuré, le suicide est couvert dès la prise d'effet du contrat, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L.132-7 du Code des assurances issu de la loi n°2001-1135 du 3 décembre 2001).

11.3 Exclusion applicable à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Outre les exclusions énumérées au sous-chapitre 11.1 « EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES », sont exclues les Pertes Totales et Irréversibles d'Autonomie qui résultent des suites et conséquences d'Accidents, de Maladies, d'invalidité, d'infirmités, de tentatives de suicide ou de blessures :

- relevant du fait intentionnel de l'Assuré.
- Préexistantes ou résultant de l'aggravation d'un état préexistant à l'admission, sauf si ceux-ci ont été déclarés par la personne à assurer et non exclus par l'Assureur lors de l'acceptation de l'Adhésion.

11.4 Exclusions applicables à l'Incapacité de Travail et l'Invalidité

Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties et celles spécifiques à la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'ensemble des Affections et événements ci-après, leurs suites, conséquences et récives sont exclus :

- les Accidents dont l'Assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du Sinistre ou qu'il conduit en état d'ivresse au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français ou du pays où a lieu l'Accident,
- l'alcoolisme de l'Assuré, l'usage de drogues, de produits stupéfiants, de produits toxiques, ou de substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites d'une prescription médicale,
- les séjours ou cures de toute nature notamment de repos, de plein air, de santé médicale, climatiques, diététiques, de désintoxication ou de sommeil, effectués en tout type d'établissement, hospitalier ou non, lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couverts par l'Adhésion,

- les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat,
- le syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus,
- les affections psychiatriques : les troubles psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses, les états dépressifs et dépressions de toute nature, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les troubles d'aliénation mentale les états de stress aigus et chroniques (syndromes de stress post-traumatique), le surmenage, le burnout, les troubles bipolaires), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 15 jours continus.

Lors de la Demande Individuelle d'Adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos/Psy prévus au chapitre 11.5 « Demande de rachat d'exclusions ». Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion.

- Les affections dos : les affections rachidiennes, discales ou vertébrales, des lombalgies, des sciatiques, des hernies discales, des dorsalgies, des cervicalgies, des sacro-coxalgies, cruralgie, les névralgies cervico-brachiales, quelle qu'en soit la cause ou l'origine sauf si elles résultent d'une fracture ou d'un processus tumoral ou qu'elles nécessitent une intervention chirurgicale ou une Hospitalisation de plus de 9 jours continus.

Lors de la Demande Individuelle d'Adhésion, l'Assuré peut demander à lever cette exclusion en souscrivant à l'option Renfort Dos/Psy prévus au chapitre 11.5 « Demande de rachat d'exclusions ». Si l'Assureur a donné son accord, ce choix est alors indiqué au Certificat Individuel d'Adhésion.

11.5 Demande de rachat d'exclusions

Au moment de l'adhésion, l'Assuré peut demander à étendre sa couverture :

- au syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, les Affections psychiatriques qu'elles aient ou non nécessité une Hospitalisation,
- aux Affections du dos quelle qu'en soit la cause ou l'origine, qu'elles aient ou non nécessité une intervention chirurgicale ou une Hospitalisation,
- aux risques exclus auxquels l'Assuré est exposé dans le cadre de l'exercice de sa profession,
- aux sports pratiqués à titre professionnel ou amateur sous contrat rémunéré ou indemnisé (entraînements, épreuves).

Après étude de la demande, l'Assureur peut refuser le rachat d'exclusion(s) ou l'accepter moyennant une majoration tarifaire et d'éventuelles conditions spécifiques d'acceptation.

L'extension de garantie accordée et ses conditions d'acceptation sont précisées dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou dans un avenant lorsque le rachat d'exclusion(s) est demandé en cours d'Adhésion.

Une Franchise absolue minimale de 90 jours continus sera appliquée pour les garanties ITT, IPT et IPP en cas de Sinistre résultant d'un sport ou d'une pathologie dont l'exclusion a été rachetée (même si la garantie correspondante a été souscrite initialement avec une Franchise inférieure).

12. ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

13. ENGAGEMENT MAXIMAL DE L'ASSUREUR

L'engagement de l'Assureur correspond au montant des prestations dues par l'Assureur à un même Assuré en cas de Sinistre. Il dépend notamment de la Quotité garantie.

Il ne peut en aucun cas excéder :

- Pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, 2 000 000 euros par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat.
- Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité, 7500 euros par mois et par Assuré, pour l'ensemble des prêts garantis au titre du présent contrat.

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même prêt, 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 garantie de 100 %.

14. CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

L'Assureur n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé.

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, et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.
- convoquer l'Assuré en France métropolitaine afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France métropolitaine

Les médecins 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 interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins. En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours ouvrés après réception de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), celle-ci reste sans réponse de la part de l'Assuré (sauf cas fortuit ou de force majeure) ou si ce dernier maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

En cas de désaccord entre le médecin traitant de l'Assuré et le médecin expert de l'Assureur, une procédure d'arbitrage médical peut être mise en place afin de trancher de façon définitive le différend et d'éviter le recours à une procédure judiciaire. Les deux médecins en désignent alors un troisième pour les départager dans le cadre d'un compromis d'arbitrage. Faute par l'une des parties de désigner son médecin expert, ou pour les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu où le sinistre s'est produit, ou du domicile de l'Assuré. Si le Sinistre survient à l'étranger ou si l'Assuré réside à l'étranger, la désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre ayant été convoquée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin, les honoraires du Médecin arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, étant supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que dans le cadre d'une procédure d'arbitrage, aucune action en justice ne peut être exercée par les parties, tant que l'arbitre n'aura pas tranché le différend, sauf si le rapport de cet expert n'a pas été déposé dans les quarante jours à compter de sa saisine.

Si l'Assuré ne souhaite pas recourir à cette procédure d'arbitrage, il conserve bien entendu la possibilité de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.

15. DÉMARCHES À SUIVRE EN CAS DE SINISTRE

Le versement des prestations est subordonné à la production des justificatifs visés au présent chapitre. **L'Assureur peut toutefois demander des pièces complémentaires qu'il juge nécessaires à l'appréciation du Sinistre.**

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du médecin qui établit le certificat médical. Il reste libre de l'appréciation du Sinistre.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, dans l'attente de la décision de l'Assureur, **le paiement des échéances du prêt ne doit pas être interrompu.** Le cas échéant, l'Assureur remboursera les échéances de prêt dues au titre de la garantie en cas d'accord de prise en charge.

15.1. Préalable requis à toute indemnisation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité

L'Assureur étudie la demande d'indemnisation à condition que l'Assuré produise :

- Lorsqu'il est assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé,
 - En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, de la 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'invalidité dont le taux est égal à 100 % avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie,
 - En cas d'Invalidité Permanente Totale, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2ème catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%,
 - En cas d'Invalidité Permanente Partielle, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 1ère catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité strictement compris entre 33% et 66%,
 - En cas d'Invalidité Spécifique, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2ème ou 3ème catégorie pour les salariés ou d'une mise en congé longue maladie pour les fonctionnaires.
- Lorsqu'il n'est pas assujéti à la Sécurité sociale,
 - S'il est affilié à un organisme social, d'un document attestant la reconnaissance par son organisme d'affiliation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle,
 - Sinon d'un certificat médical établi par son médecin traitant.
 - En cas d'Invalidité Spécifique, la notification d'inaptitude totale à l'exercice de sa profession pour les non-salariés

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 de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité.

15.2. Pièces à fournir

En cas de Sinistre, l'Assureur doit être prévenu le plus rapidement possible - par l'Assuré ou à défaut ses ayants droit - et dans les délais prescrits (article L. 114-1 - Prescription - du Code des assurances notamment), à l'adresse suivante :

SSN
118, rue Roger Mathurin
CS 60021
13395 Marseille Cedex 10
emp.ssn@caassure.com

Le Courtier gestionnaire adressera alors les documents nécessaires à la constitution du dossier. Il s'agit notamment de faire parvenir au Courtier gestionnaire une copie du Certificat Individuel d'Adhésion et le tableau

d'amortissement du prêt garanti arrêté à la date de survenance du Sinistre.

Dans tous les cas, indiquer le nom du produit (ça assure), le numéro du contrat d'assurance (n° 32 007), accompagnés – selon le cas – des pièces justificatives suivantes :

En cas de Décès :

- La copie d'une pièce d'identité de l'Assuré,
- L'original de l'acte intégral de décès de l'Assuré,
- En cas de décès accidentel, un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès,

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- La pièce justificative demandée au paragraphe 15.1,

En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

- S'il est assujéti à la Sécurité sociale, un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières,
- S'il est sans profession tel que défini au paragraphe 8.4 « Définition de l'Incapacité Temporaire Totale », un certificat médical du médecin traitant attestant que son état de santé nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne,
- Une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la Société Civile Immobilière qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations,
- Dans le cas de prolongations de l'incapacité, les copies des certificats médicaux correspondants ou le cas échéant, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.

En cas d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle et d'Invalidité Permanente Professionnelle

- La pièce justificative demandée au paragraphe 15.1,
- Une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la Société Civile Immobilière qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations,

En cas d'Invalidité Spécifique :

- La pièce justificative demandée au paragraphe 15.1,
- A réception de l'ensemble des pièces demandées ci-avant, l'Assureur renvoie selon la nature du Sinistre un certificat de décès ou un certificat d'incapacité de travail à faire compléter par le médecin traitant de l'Assuré ainsi qu'une enveloppe pré-imprimée. Celle-ci, afin de préserver le secret médical, doit impérativement être utilisée pour retourner à l'Assureur le certificat dûment complété.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité, l'Assureur peut demander à l'Assuré de renouveler les pièces justificatives et notamment de fournir les tableaux d'amortissement émis périodiquement pour les prêts à taux variables.

Dans tous les cas, l'Assureur peut demander les pièces complémentaires qu'il juge nécessaires pour l'appréciation du Sinistre.

15.3. Délai de déclaration

L'Assuré dispose, sauf cas fortuit ou de force majeure, d'un délai de 90 jours au-delà de la Franchise pour déclarer le Sinistre et fournir les pièces justificatives à l'Assureur. Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, ces pièces sont à renouveler à chaque prolongation d'arrêt de travail, dans un délai de 30 jours. Passés ces délais, et dans les conditions prévues à l'article L. 113-2 du Code des assurances, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception de la demande de prestations.

15.4. Particularités des Sinistres survenus à l'étranger

Tout Sinistre survenu à l'étranger doit être authentifié par le consulat français du pays dans lequel le Sinistre a eu lieu.

- En cas de décès

Les documents apportant la preuve du décès de l'Assuré doivent être libellés en français et certifiés par le consulat français du pays dans lequel le décès est survenu.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Pour ouvrir droit au paiement des prestations, toute Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité de l'Assuré à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti doit être constatée médicalement en France métropolitaine, à Monaco ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer français suivants : Réunion, Martinique, Guadeloupe. Le délai de Franchise court au plus tôt à compter de la date de constatation. Le paiement des prestations est subordonné au respect des dispositions du paragraphe 15.3 « Délai de déclaration ».

Les frais éventuels de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

16. COTISATIONS

16.1 Détermination du montant des cotisations

Les cotisations annuelles - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du Capital Restant Dû et sont fixées en fonction des informations déclarées à l'Adhésion et notamment de l'âge atteint de l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

À l'Adhésion, un échéancier des cotisations annuelles prévisionnelles est adressé à l'Adhérent.

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies par l'Adhérent et l'Assuré, les cotisations indiquées dans le Certificat Individuel d'Adhésion ou le dernier avenant en vigueur sont irrévocables jusqu'au terme de l'Adhésion (sauf en cas de changement du taux des taxes, d'instauration de nouvelles impositions ou de nouvelles décisions législatives ou réglementaires applicables aux contrats d'assurance emprunteurs qui s'imposeraient aux Adhésions en cours).

16.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance par prélèvement bancaire, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, en fonction de la périodicité choisie lors de l'Adhésion.

L'Adhérent est informé qu'il peut demander à régler les cotisations par chèque établi à l'ordre du Courtier gestionnaire de l'Assureur. La demande doit être adressée par écrit au Courtier gestionnaire.

16.3 Défaut de paiement des cotisations

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat, aux échéances fixées.

Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le Courtier gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au contrat se trouvera de plein droit résiliée.

L'Organisme Prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

16.4 Exonération des cotisations

Si l'option Exonération des cotisations a été souscrite à l'adhésion et accordée par l'assureur, dès lors que l'Assureur verse des prestations au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale, invalidité spécifique, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, l'Adhérent bénéficie du remboursement des cotisations relatives à la garantie mise en jeu au prorata du nombre de jours indemnisés.

17. BASES LEGALES

Le contrat est régi par le Code des assurances. La loi française est applicable au présent contrat et la langue française est utilisée dans toutes les relations contractuelles entre Quatrem et l'Assuré.

Les risques sont assurés par Quatrem.

Quatrem est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) – 4 Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

17.1 Faculté de renonciation

Cette faculté ne s'applique pas à la couverture des prêts professionnels.

En cas de Vente à distance, conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à l'Adhésion, sous réserve d'avoir informé l'Organisme Prêteur, dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

Quatrem porte ce délai de renonciation de 14 jours calendaires à 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'Adhésion.

Dans les autres cas, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à l'Adhésion, sous réserve d'avoir informé l'Organisme Prêteur, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de conclusion de l'adhésion.

La part des cotisations versées, hors frais d'association, correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Adhérent dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhésion au contrat et les garanties prennent fin.

La lettre de renonciation pourrait être rédigée en ces termes :
" Je soussigné(e) déclare par la présente renoncer à mon adhésion au contrat n° 32 007 et demande le remboursement du versement que j'ai effectué le au prorata de la période non couverte.
Le Signature "

L'Adhérent doit signifier la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressé à l'adresse suivante :

SSN
118, rue Roger Mathurin
CS 60021
13395 Marseille Cedex 10
service-clients@caassure.com

Le Courtier gestionnaire adressera alors un courrier à l'Organisme prêteur, afin de l'informer que le Proposant a exercé sa faculté de renonciation à son adhésion.

17.2 Incontestabilité

Les déclarations des Assurés servent de base à l'Adhésion au contrat qui est incontestable dès qu'elle a pris effet sauf en cas de fausse déclaration intentionnelle (article L. 113-8 du Code des assurances), de fausse déclaration non intentionnelle (article L. 113-9 du Code des assurances) ou d'erreur sur l'âge (article L. 132-26 du Code des assurances).

Article L. 113-8 du Code des assurances :

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».

Article L. 113-9 du Code des assurances :

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

Article L. 132-26 du Code des assurances :

« L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'Assureur. Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'Assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'Assuré, une

prime trop forte a été payée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt ».

17.3 Prescription

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle les actions dérivant de la présente Adhésion au contrat ne sont plus recevables. Elle est régie par les articles suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (*) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

(*) Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 (article 2241 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier,

n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

Article L. 192-1 du Code des assurances

Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

17.4 Loi « Informatique et Libertés »

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent et l'Assuré reconnaissent avoir été informés par Quatrem, 21 rue Laffitte – 75009 Paris, organisme assureur et responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que Quatrem a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier : Quatrem, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'Adhérent et de l'Assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- La conclusion, la gestion et l'exécution de l'Adhésion au contrat ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'Adhérent et l'Assuré ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Quatrem s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et de l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'Adhérent et l'Assuré reconnaissent que la collecte et le traitement de leurs données à caractère personnel sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'Adhésion au contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'Assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et Libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature de la Demande Individuelle d'Adhésion vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'Adhérent et de l'Assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de Quatrem dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires.

Les données de santé de l'Assuré sont destinées au Service médical de Quatrem, à toute personne placée sous sa responsabilité ainsi qu'aux réassureurs et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Quatrem s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'Adhérent et de l'Assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'Assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des Adhésions aux contrats d'assurance et de la relation clients avec l'Adhérent et l'Assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Quatrem et des prescriptions légales applicables.

Quatrem et ses partenaires s'engagent :

- À prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Adhérent et de l'Assuré ;
- À notifier à la CNIL et informer l'Adhérent et l'Assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'Adhérent et l'Assuré disposent d'un droit de demander l'accès aux données les concernant à titre personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'Adhérent et l'Assuré disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de leur identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Quatrem, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

Les demandes portant sur les données de santé doivent être établies à l'attention du Médecin Conseil et transmises par courrier.

L'Adhérent et l'Assuré disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/> agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'Adhérent et l'Assuré disposent aussi du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

17.5 Réclamations - Médiation

L'Adhérent et l'Assuré peuvent formuler toute réclamation concernant l'Adhésion au Courtier gestionnaire qui les aidera à rechercher une solution. Si la réponse apportée ne convient pas, ils peuvent s'adresser au Pôle Réclamations de l'Assureur.

Le Pôle Réclamations peut être contacté :

- Par courrier à l'adresse suivante :
Quatrem – Pôle Réclamations
TSA 20002 – 78075 St Quentin en Yvelines cedex
Ou
- Par un courrier électronique adressé à :
reclamations.quatrem@malakoffhumanis.com.

Si un accord n'est pas trouvé, l'avis d'un médiateur peut être demandé. Le médiateur, personnalité extérieure à Quatrem, rend son avis en toute indépendance. Pour saisir la Médiation de l'Assurance, l'Adhérent ou l'Assuré doit adresser son dossier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09** ou par voie électronique sur le site internet : www.mediation-assurance.org

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, 4 place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09**, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

17.6 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 au jour de son entrée en vigueur.

17.7. Droit applicable

Le droit applicable aux relations contractuelles et précontractuelles est le droit français. L'Assuré a reconnu avoir pris bonne note que tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence exclusive des tribunaux de Paris.

LEXIQUE

Le lexique ci-dessous est à votre disposition pour une compréhension des termes techniques utilisés.

La première lettre de chacun de ces termes ou expressions sera toujours écrite avec une majuscule dans le texte de la Notice d'Information.

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

Adhérent : personne physique ou morale, ayant souscrit le prêt garanti, qui accepte les termes du présent contrat et paye les cotisations. Il doit être membre de l'Association Châteaudun Le Peletier.

L'Adhérent, pour autant qu'il soit une personne physique, peut aussi être l'Assuré.

Adhésion : il s'agit de l'Adhésion au contrat d'assurance collective emprunteur à adhésion facultative n° 32 007 souscrit par l'Association Châteaudun – Le Peletier auprès de Quatrem.

Elle est conclue sur la base des déclarations faites par l'Adhérent et l'Assuré sur la Demande Individuelle d'Adhésion et dans le cadre des formalités médicales. Son fonctionnement est régi par la Notice d'Information et le Certificat Individuel d'Adhésion.

Association Châteaudun - Le Peletier (ACLPL) : association régie par la loi du 1er juillet 1901 qui a pour activité principale l'examen des situations des salariés et des non-salariés au regard des domaines de la prévoyance et de la retraite collectives, l'information des membres, la sélection, la souscription et le suivi des contrats. Ses statuts sont disponibles sur simple demande auprès de l'association au 21 rue Laffitte - 75009 Paris.

Âge de l'Assuré : l'âge de chaque Assuré est l'âge réel (changement d'âge à la date anniversaire de l'assuré).

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

Assureur : désigne Quatrem.

Affection : toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie).

Bénéficiaire : Le bénéficiaire de l'assurance est attribué à l'Organisme Prêteur à concurrence des sommes qui lui sont dues.

Pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur.

Pour les risques Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Spécifique, Invalidité Permanente Totale ou Partielle, les prestations sont versées à l'Organisme Prêteur ou, sous réserve d'une autorisation préalable de l'Organisme Prêteur, à l'Assuré lorsque l'Adhérent est une personne physique sinon à la personne morale qui a adhéré au contrat.

Capital Restant Dû : capital emprunté non amorti à date du Décès ou de la reconnaissance de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, majoré du montant des intérêts d'emprunt courus et non échus. Le Capital Restant Dû ne tient pas

compte des échéances de prêt impayés ainsi que des intérêts de retard ou de pénalités.

Certificat Individuel d'Adhésion : document contractuel confirmant l'adhésion au présent contrat qui précise notamment les caractéristiques des garanties accordées par l'Assureur à l'Assuré, les conditions d'acceptation ainsi que le montant des cotisations prévisionnelles.

Congé légal de maternité : période pendant laquelle l'Assurée perçoit des indemnités journalières payées par l'organisme social auquel elle est rattachée ou par son employeur au titre du congé maternité accordé par son régime social obligatoire ou par la convention collective ou l'accord de branche dont elle bénéficie.

Conjoint : époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin.

Le concubin est la personne vivant avec l'Assuré et remplissant les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré à l'Assureur,
- qu'il soit apporté la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

Conjoint collaborateur : Conjoint (ou partenaire de PACS) d'un chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale, qui :

- exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise,
- ne perçoit pas de rémunération au titre de cette activité,
- n'a pas la qualité d'associé du chef d'entreprise au sens de l'article 1832 du code civil,
- et est déclaré comme tel auprès du Centre de formalités des entreprises (CFE).

Consolidation : lorsque l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme ne pouvant plus évoluer compte tenu des connaissances scientifiques et médicales au moment de la constatation.

Courtier gestionnaire : Gestionnaire délégué de l'Assureur désigne. Le Courtier gestionnaire désigne SSN intervenant sous le nom commercial « Çaassure » - 118 rue Roger Mathurin – CS 60021 – 13395 Marseille Cedex 10 – 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 .

Déchéance du terme prononcée par l'Organisme Prêteur : désigne la sanction prononcée par l'Organisme Prêteur, suite à un ou plusieurs incidents de paiement, et qui se traduit par une exigibilité immédiate du capital restant dû majoré des intérêts échus mais non payés.

Demande Individuelle d'Adhésion : support électronique permettant à une personne physique ou morale de formaliser sa Demande Individuelle d'Adhésion pour le présent contrat.

Emprunteur : désigne la personne physique ou morale souscriptrice de l'opération de crédit auprès de l'Organisme Prêteur.

Franchise : nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente

Totale ou Partielle au-delà duquel une indemnisation est possible.

Si une Invalidité Permanente Totale ou Partielle succède à une Incapacité Temporaire Totale au titre d'une même Affection, les jours d'Incapacité Temporaire Totale sont pris en compte pour déterminer le point de départ du paiement des prestations dues au titre de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Aucune prestation n'est due au cours de la période de Franchise.

Fumeur : personne ne pouvant pas déclarer qu'elle n'a pas consommé du tabac ou utilisé des cigarettes électroniques ou tout produit contenant de la nicotine (par exemple patches, gommes), même à titre occasionnel au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la Demande Individuelle d'Adhésion et/ou qu'elle n'a pas été contrainte, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

Hospitalisation : Tout séjour prescrit par une autorité médicale compétente dans un établissement public ou privé agréé (clinique ou hôpital à l'exclusion des maisons de repos et de convalescence, des centres de thermalisme), pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical.

Inactif : Toute personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle. Néanmoins, une personne qui n'exerce pas d'activité professionnelle rémunérée et qui est soit au chômage indemnisé par Pôle Emploi ou un organisme assimilé, soit Conjoint collaborateur, ne relève pas de cette catégorie.

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

Occupations de la Vie Quotidienne : pour l'Assuré INACTIF, lorsqu'il se trouve incapable d'assurer de manière habituelle à la fois tous les travaux domestiques et la gestion des affaires personnelles et familiales.

Organisme Prêteur : désigne la banque ou l'organisme financier ayant consenti la ou les opérations de crédit qui font l'objet des garanties accordées par l'Assureur.

Proposant : Personne physique qui formule une Demande Individuelle d'Adhésion ou d'admission en tant qu'Assuré au contrat.

Quotité : niveau de la garantie couverte pour l'Assuré exprimé en pourcentage du Capital Restant Dû pour les risques Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, en pourcentage de l'échéance du prêt pour les risques Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Sinistre : réalisation de l'événement couvert par l'Adhésion et susceptible d'entraîner la garantie de l'Assureur.

Vente à distance : système organisé de commercialisation utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'à et y compris la conclusion de l'Adhésion.



SSN, S.A.S de courtage en assurances au capital social de 100 000 € -
Siège social : 118, rue Roger Mathurin - CS 60021 -13395 Marseille
Cedex 10 – 434 165 551 RCS Marseille



Quatrem SA au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le code
des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 412 367
724 RCS Paris Société du groupe Malakoff Humanis