

Notice

Préambule

Dans le présent document, et dans les différents documents contractuels, la notice est indifféremment appelée « Notice » ou « Conditions générales ».

Les informations qui sont fournies dans la notice sont valables sans limitation de durée, sous réserve que l'adhésion soit conclue. Elles ont pour objet de décrire les différentes garanties accordées par le contrat Avenir Naoassur emprunteur Équivalence (contrat d'assurance à adhésion facultative) régi par le contrat d'assurance de groupe (ou « contrat collectif » ou « convention collective ») n° 5032-2 souscrit par l'association « Le Collège des Assurés » pour ses adhérents auprès de Suravenir.

Suravenir est une société soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (61 rue Taitbout – 75009 Paris), société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 400 000 000 euros, société mixte régie par le Code des assurances, SIREN 330 033 127 RCS Brest. Dans la présente notice, Suravenir est notamment désigné sous le terme « Assureur ».

Le souscripteur au titre du contrat est l'association « Le Collège des Assurés » (association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901), située au 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris, et dont l'objet social est de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres, de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés à leurs besoins, de développer, rechercher et promouvoir des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations de ses membres ainsi que de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.

Dans la présente notice, l'association « Le Collège des Assurés » est notamment désignée sous le terme « Association ».

Le gestionnaire du contrat Avenir Naoassur emprunteur Équivalence est, par délégation de l'Assureur, Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions, société de courtage d'assurance et de réassurance, SAS au capital de 148 424 euros dont le siège social est situé au 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris et immatriculée sous le numéro 791605413 au RCS de Paris – N° ORIAS 13004515. La société est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Dans la présente notice, le gestionnaire – Brokerage, Programs & Services for Insurance Solutions – est notamment désigné sous le terme BPSIs.

Le contrat Avenir Naoassur emprunteur Équivalence est constitué par la présente notice, la demande d'adhésion, le certificat d'assurance, les annexes et les différentes formalités d'adhésion (questionnaires, déclarations, rapport).

Dans la présente notice, le contrat est indifféremment appelé le « contrat » ou le « contrat Avenir Naoassur emprunteur Équivalence ».

Les annexes 1 à 5 font partie intégrante de la présente notice. Les dispositions du « Lexique » ainsi que des chapitres préliminaire et 1 à 5 prévalent sur les dispositions des annexes en cas de contradiction ou d'incohérence.

Lexique

Accident : événement non intentionnel de la part de l'assuré, provenant d'une action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, et qui entraîne pour l'assuré des dommages corporels.

Actes ordinaires de la vie courante : s'habiller, se laver, s'alimenter, se déplacer.

Adhérent : personne physique ou morale qui paie les cotisations et qui est le client de l'Assureur. Il est précisé à titre purement informatif que, dans la quasi-totalité des cas, l'adhérent et l'assuré sont la même personne, mais que ce n'est pas le cas si, par exemple, une entreprise (personne morale) décide d'assurer son ou ses dirigeants (personnes physiques) pour se prémunir s'il(s) venai(en)t à décéder (dans ce cas, l'adhérent est alors l'entreprise, et le ou les assurés sont le ou les dirigeants).

Affections psychiatriques : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation.

Affections du dos : affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires.

Assistance d'une tierce personne : activité qui consiste à effectuer, en tout ou en partie et à la place de la personne dépendante, les actes

ordinaires de la vie courante, ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de ces actes.

Assuré : personne physique qui est couverte par les garanties du contrat.

Assureur : organisme en charge des garanties, qui paie, dans les conditions prévues au contrat d'assurance, le montant des échéances/ loyers ou du capital à la place de l'adhérent, lorsque l'assuré a subi un sinistre.

Bénéficiaire : personne physique ou morale désignée par l'adhérent pour recevoir les prestations en cas de sinistre subi par l'assuré. Par défaut, l'organisme prêteur bénéficiaire est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat.

Capital emprunté : montant du prêt qui peut faire l'objet d'une garantie.

Capital restant dû : montant total du prêt (ou somme des échéances) dont l'adhérent est redevable, en tant qu'emprunteur, à une date donnée.

Caution : personne qui s'engage à rembourser l'organisme prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

Certificat d'assurance : document adressé à l'adhérent, définissant précisément les engagements pris entre l'adhérent et l'Assureur lors de l'adhésion à l'assurance. Ce document complète et personnalise la notice remise à l'adhérent.

Co-emprunteur : personne qui signe, avec d'autres emprunteurs, un même crédit. Chaque co-emprunteur est responsable des remboursements de crédit : en cas d'impayé, la banque peut se retourner contre chacun des co-emprunteurs.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Convention AERAS : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

Cotisations : sommes que l'adhérent paie pendant toute la durée de son adhésion au contrat, afin d'être couvert par les garanties.

Crédit-bail : contrat de location d'une durée déterminée entre une entreprise et un établissement de crédit, avec une promesse de vente à l'échéance du contrat de location. Il est précisé, à titre purement informatif, qu'en principe, le bien est mis à la disposition de l'utilisateur, moyennant loyers, sans qu'il en soit propriétaire, et qu'en principe, ce dernier le devient s'il décide de racheter le bien à un prix fixé à l'avance par le contrat de crédit-bail ; sinon, il restitue le matériel ou négocie une prolongation du crédit-bail.

Franchise : période durant laquelle, après survenance d'un sinistre, les prestations ne sont pas dues.

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

Gestionnaire : organisme qui gère le contrat d'assurance. Dans le présent contrat, le gestionnaire est BPSIs.

Incapacité temporaire totale (ITT) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat :

- > l'assuré, qui exerce une activité professionnelle, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer un gain ou un profit ; ou
- > l'assuré, qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles).
- > L'incapacité doit être temporaire, totale, continue, et reconnue par une autorité médicale compétente.

Invalidité permanente partielle (IPP) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, l'assuré présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

Invalidité permanente totale (IPT) : état de l'assuré, reconnu par l'Assureur, lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, l'assuré présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 66 %, selon les dispositions de la présente notice.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : état de l'assuré reconnu par l'Assureur si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, l'assuré est définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un gain ou un profit et s'il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de sa vie.

Prêt amortissable : prêt dont le capital et les intérêts sont remboursés par échéances, en général mensuelles.

Prêt in fine : prêt dont le capital est remboursé à la fin du contrat d'emprunt. Seuls les intérêts sont payés par échéances périodiques.

Prêt relais : prêt de courte durée permettant à l'emprunteur d'acheter un nouveau logement en attendant la vente de son ancien logement. Les intérêts sont payés par échéances périodiques ou avec le capital en fin de contrat.

Prêteur : le prêteur, personne physique ou morale. Il est précisé, à titre purement informatif, que le plus souvent, il s'agit d'une banque.

Profession médicale : profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Quotité assurée : part garantie du capital emprunté, exprimée en pourcentage. Il est précisé que la prise en charge par l'Assureur, en cas de sinistre, est proportionnelle à la quotité, dans les conditions prévues par la présente notice.

Sinistre : événement qui entraîne des dommages faisant jouer les garanties du contrat (exemples : décès, accident ou maladie provoquant un arrêt de travail...).

Sports à risques :

- > sports mécaniques : sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien)
- > sports maritimes et de rivière : pratique de la voile à plus de 25 miles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur pour la plongée en bouteille et à moins de 10 mètres pour la plongée sans bouteille), canyoning, rafting ;
- > sports de spéléologie, de montagne et de glace : spéléologie (si elle nécessite un équipement spécial), sports de neige (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf), de glace (autre que la pratique amateur de patinage), de montagne ou d'alpinisme (dont varappe, escalade, randonnée en montagne nécessitant l'usage de cordes, piolets ou crampons) ;
- > sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière, planeur, vol à voile.

Pour les garanties ITT/IPT/IPP/IPM, s'y ajoutent les sports équestres et de combat.

Surprime : supplément de cotisation en cas de couverture d'un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

Valeur résiduelle : prix, prédéfini dans un contrat de crédit-bail, que devra payer l'utilisateur du bien s'il veut l'acquérir à la fin du contrat de crédit-bail.

Chapitre préliminaire Qui peut s'assurer ?

Toute personne :

- > contractant ou ayant déjà contracté un prêt amortissable ou in fine, un prêt professionnel, un crédit-bail, un prêt relais, ou étant caution d'un de ces prêts, d'une durée minimum de 12 mois, et d'une durée maximum de 360 mois (30 ans), souscrit auprès d'un organisme prêteur (en général une banque) situé en France. Les prêts relais ne doivent pas excéder une période de 36 mois ;
- > résidant en France (y compris DOM, Corse, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), à Monaco ou au Luxembourg ;
- > âgée de plus de 18 ans et moins de 65 ou 85 ans selon les garanties couvertes et tel que mentionné aux dispositions applicables du « Chapitre 1 : Ce que garantit votre contrat » ;
- > dont le prêt ou le crédit-bail est rédigé en français, libellé en euros, et sans période de différé total – si elle existe – supérieure à 36 mois ;
- > dont le capital à assurer par dossier et par personne (en tenant compte des quotités) est d'un montant minimal de 22 000 euros.

Chaque adhérent doit aussi être membre de l'Association.

Chaque adhérent et, si c'est une personne différente, chaque assuré doivent :

- > compléter et signer une demande d'adhésion selon les modalités proposées par BPSIs et mises à disposition par le courtier distributeur – parmi lesquelles une demande d'adhésion par écrit sur support papier ou sur le site web du courtier distributeur, dans les locaux de ce dernier ou à distance – et se soumettre aux formalités demandées par l'Assureur ;
- > sur demande, fournir un complément d'informations d'ordre financier et/ou médical en fonction de l'âge de la personne et du montant de la garantie demandée.

Une tarification différente est appliquée aux fumeurs et aux non-fumeurs. Peuvent bénéficier du tarif non-fumeur les personnes à assurer pouvant certifier, en signant la déclaration figurant sur la demande d'adhésion, qu'elles n'ont pas fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement, au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et qu'elles n'ont pas été contraintes, à la demande du corps médical, de cesser de fumer.

L'Assureur se réserve le droit :

- > de demander toutes justifications ou examens complémentaires ; s'il s'agit d'informations médicales, elles doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil : BPSIs – A l'attention du médecin conseil - 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris
- > de proposer une majoration de cotisation et/ou une limitation de garantie par rapport aux conditions normales d'adhésion. L'adhérent et, si c'est une personne différente, l'assuré disposent alors d'un délai de quatre (4) mois à compter de la réception de cette proposition pour accepter par écrit les nouvelles conditions d'assurance, ce délai étant porté à six (6) mois en cas d'application de la convention AERAS.
- > de notifier un refus de prise en charge.

Attention : si l'adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il en refuse les conditions proposées par l'Assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires relatifs aux examens médicaux restent à sa seule charge.

CHAPITRE 1 : CE QUE GARANTIT VOTRE CONTRAT

L'ASSURÉ SERA DÉCHU DU DROIT À GARANTIES EN CAS DE FRAUDE, TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE SUR LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES D'UN SINISTRE.

1- Les garanties obligatoires

a. La garantie Décès

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie décès, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 85 ans à l'adhésion.

L'assuré est couvert au titre de la garantie décès pour la durée du prêt qu'il a conclu. **Dans tous les cas, cette garantie produit ses effets jusqu'au 90^e anniversaire (inclus) de l'assuré.**

Si l'assuré décède suite à un accident ou une maladie garantis par le contrat, l'Assureur prend en charge le capital restant dû au jour du décès. Il paye au bénéficiaire le montant indiqué sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la quotité assurée.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge le montant des loyers restant dus au jour du décès (hors impayés), augmenté de la valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire de la prestation est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien.

Toutefois, l'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires afin de percevoir le capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, la totalité des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien, si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de montants exigibles excédant le capital restant dû ou, pour un crédit-bail, la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien, effectivement pris en charge par l'Assureur, l'adhérent a la possibilité de désigner d'autres bénéficiaires pour percevoir cet excédent éventuel. A défaut de désignation, l'excédent est versé aux héritiers de l'adhérent – personne physique (étant précisé qu'aux fins de la présente notice, les « héritiers » sont les héritiers tels que définis au titre Ier du livre III du code civil).

Lorsque l'adhérent est une personne morale, le bénéficiaire de l'excédent éventuel est dans tous les cas la personne morale.

En cas de décès simultané des assurés, quand il y a pluralité d'assurés, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, le bénéficiaire de l'assurance est l'organisme prêteur. A défaut, l'excédent est versé aux héritiers.

Garantie décès temporaire accident :

Le contrat intègre également une garantie décès temporaire accident. L'assuré en bénéficie en cas de décès survenu suite à un accident garanti par le contrat entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'émission de la proposition d'accord par BPSIs. Cette garantie temporaire cesse à compter de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. La garantie décès temporaire accident cesse automatiquement si l'adhérent ne donne pas suite à son adhésion et, au plus tard, soixante (60) jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion. La garantie décès temporaire accident est limitée à 300 000 euros (trois cent mille euros).

En cas de réalisation du risque décès, le paiement des loyers restant dus augmentés de la valeur résiduelle du bien ou le paiement du capital par l'Assureur met fin à l'assurance.

b. La garantie Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Cette garantie est indissociable de la garantie décès. Elle ne peut être souscrite qu'avec cette dernière.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie PTIA, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) si, à la suite d'un accident ou d'une maladie constatée médicalement, et garantis par le contrat, il est définitivement dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un gain ou un profit et s'il est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante, cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de sa vie.

Pour bénéficier de cette garantie, la PTIA doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, même en cas d'incapacité, et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.

Mise en oeuvre de la garantie PTIA

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, reconnue par l'Assureur, et consécutive à une maladie ou un accident garantis par le contrat, l'Assureur paie les montants garantis figurant sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multipliés par la quotité assurée qui a été définie à l'adhésion pour chaque assuré. Le capital restant dû est déterminé au jour où l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge, en fonction de la quotité assurée fixée à l'adhésion, la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien, à la date à laquelle l'assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur et ce, en fonction du dernier échéancier ou tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Par défaut, le bénéficiaire de la prestation est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

Toutefois, l'adhérent peut désigner d'autres bénéficiaires afin de percevoir le capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, la totalité des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien, si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de montants excédant le capital restant dû ou, pour un crédit-bail, la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien, l'adhérent – personne physique – perçoit ce solde.

La réalisation du risque PTIA est assimilée au décès dans la mesure où le paiement, par l'Assureur, du capital restant dû ou des loyers restants dus augmentés de la valeur résiduelle du bien met fin à l'ensemble des garanties.

Faculté offerte par le contrat : renégociation ou rachat du crédit

Dans le cas d'une couverture limitée aux garanties décès/PTIA, en cas de renégociation ultérieure de son crédit dans son organisme prêteur ou du rachat de son crédit par un autre établissement, l'adhérent peut faire assurer le prêt, à condition notamment qu'il ait le même objet (ou la même finalité) et que l'assuré signe une déclaration d'état de santé inchangé.

Pour en bénéficier, certaines conditions doivent être réunies :

- > cet avantage est réservé aux adhérents ayant choisi les seuls risques de décès et perte totale et irréversible d'autonomie pour les assurés au contrat ;
- > l'adhérent doit avoir adhéré au présent contrat avant le jour du 51^e anniversaire de l'assuré et avoir la qualité d'emprunteur ou de co-emprunteur pour un prêt amortissable ou in fine ;
- > l'assuré ne doit pas être en situation de retraite ou de préretraite et ne pas faire l'objet de surprime, exclusion ou limitation de garantie sur le plan médical ;
- > le montant maximum de la couverture ne peut excéder le capital assuré initialement et est plafonné à 500 000 euros ;
- > l'assuré doit ne pas être en arrêt de travail ou en invalidité suite à une maladie ou un accident à la date de la demande de mise en jeu de la faculté.

Cet avantage permet de souscrire une nouvelle assurance :

- > soit en garantie du même prêt renégocié pour une nouvelle durée, mais dont le terme n'excède pas le jour du 55^e anniversaire de l'assuré ;
- > soit en garantie d'un nouvel emprunt en cas de rachat de crédit avec souscription d'un nouveau prêt dont l'objet est de même nature que l'acquisition ayant donné lieu à celui initialement financé, et dont le terme n'excède pas le jour du 55^e anniversaire de l'assuré.

Cet avantage ne peut être mis en œuvre qu'une seule fois pour l'opération de financement concernée.

Pour demander la mise en jeu de cette faculté, l'adhérent doit transmettre à l'Assureur dans les six mois suivant la renégociation du crédit ou la souscription d'un nouveau prêt dans le cadre d'un rachat :

- > un justificatif soit de remboursement anticipé, soit de renégociation du prêt faisant l'objet du contrat ;
- > un courrier de renonciation au bénéfice des prestations prévues par le contrat initial ;
- > une nouvelle demande d'adhésion complétée, datée et signée par l'adhérent et, si c'est une personne différente, l'assuré ;
- > une nouvelle offre de prêt de nature identique au prêt initial ; la déclaration d'état de santé inchangé, datée et signée par l'assuré.

Si l'adhérent ne demande pas la mise en jeu de cet avantage dans le délai de six mois suivant le remboursement anticipé ou la renégociation du prêt initial, il perd le droit au bénéfice de cette option.

2- Les garanties facultatives

a. Les garanties Incapacité temporaire totale (ITT) et Invalidité permanente totale (IPT)

Ces garanties sont facultatives : elles peuvent, au choix, être souscrites avec les garanties décès/PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut souscrire les deux garanties ITT/IPT ou bien l'une ou l'autre et ce, au moment de l'adhésion au contrat ou ultérieurement (selon les formalités demandées par l'Assureur), dans les conditions prévues par la présente notice. L'assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée au moment de l'adhésion aux garanties ITT/IPT.

L'assuré doit en outre être affilié au moment de l'adhésion et ultérieurement à un régime de sécurité sociale française ou au régime de base obligatoire helvète (MAL) s'il exerce son activité professionnelle en Suisse. En l'absence d'une telle affiliation, une étude sera réalisée par l'Assureur qui examinera les dossiers au cas par cas.

i. La garantie Incapacité temporaire totale (ITT)

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie ITT, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est reconnu en ITT par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat :

- > l'assuré, qui exerce une activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer un gain ou un profit ; ou
- > l'assuré, qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles). L'incapacité doit être temporaire, totale, continue, et reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Dans ces cas, l'Assureur prend en charge, au titre de l'ITT, le montant de chaque échéance/loyer exigible, multiplié par la quotité assurée, à :

- > 100% pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- > 50 % pour l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle au jour du sinistre (100 % avec l'extension Confort).

L'échéance ou le loyer est calculé(e) par rapport aux caractéristiques du prêt ou du crédit-bail que l'adhérent a fournies dans la demande d'adhésion et en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur. Le versement des prestations intervient au terme du délai de franchise choisi par l'adhérent lors de la demande d'adhésion. Si, au jour du sinistre, l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle, les prestations sont versées au terme d'un délai de franchise minimum de 90 jours à compter de la prescription médicale obligeant l'assuré à observer un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation.

En aucun cas, les échéances intervenues ou les loyers arrivés à échéance durant le délai de franchise ou alors que l'assuré n'est pas en état d'incapacité ne sont pris en charge.

Le montant des échéances de prêt ou des loyers du crédit-bail payés par l'Assureur est calculé au prorata des jours d'arrêt de travail, dans la limite de 100 % du montant des échéances/loyers exigibles et d'un plafond par assuré et par mois de :

- > 10 000 euros pour l'assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre ;
- > 3 800 euros pour l'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle au jour du sinistre.

L'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, à la totalité des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

La prise en charge de ou des échéances/loyers intervient après une franchise dont la durée doit être choisie lors de l'adhésion ou du renouvellement des formalités d'adhésion (sous réserve de l'accord de l'Assureur) : 30, 60, 90 ou 180 jours.

Pour les prêts in fine et relais, seuls les intérêts sont pris en charge, le remboursement du capital ne faisant pas partie de la prestation d'assurance.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'ITT ne peut être prise en compte par l'Assureur.

L'assuré doit se conformer aux prescriptions médicales de son médecin pour que le versement des indemnités soit maintenu.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire. Néanmoins, une autre personne physique ou morale peut être désignée pour percevoir le montant des échéances/loyers si l'organisme prêteur donne son accord par écrit, et dans la limite de la législation en vigueur.

En cas de rechute engendrant une nouvelle ITT dans les 60 jours suivant la reprise d'activité de l'assuré, pour la même cause que toute ITT précédente prise en charge par l'Assureur, cette nouvelle ITT est considérée comme la suite de la précédente. Elle est garantie dans les mêmes conditions et sans délai de franchise, à condition que la garantie ITT soit toujours en vigueur (non résiliée, âge limite non atteint).

Si une nouvelle ITT est déclarée dans un délai supérieur à 60 jours suivant la reprise d'activité, il s'agit dans tous les cas d'une nouvelle ITT à laquelle il faut donc notamment appliquer le délai de franchise choisi.

En cas de reprise du travail à temps partiel (mi-temps thérapeutique) autorisée par le corps médical et l'employeur (ou assimilé), l'Assureur paie au minimum 50 % des sommes dues au titre de l'ITT. La prestation est versée au maximum pendant 180 jours.

L'Assureur cesse les paiements :

- > en cas de reprise du travail (sauf dans le cas d'un mi-temps thérapeutique tel que décrit au paragraphe précédent) ;
- > si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que l'assuré n'est pas dans l'incapacité physique totale et continue d'accomplir son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit ;
- > si une expertise médicale, demandée par l'Assureur, établit que l'assuré qui n'exerce pas d'activité professionnelle au moment du sinistre n'observe pas un repos complet et continu à son domicile ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles) ;
- > à la date de consolidation de l'état de l'assuré ;
- > dans tous les cas, à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire ;
- > au plus tard au 1 095^e jour de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour invalidité permanente totale (IPT) est alors engagée si la garantie IPT est souscrite. L'option d'achat prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'ITT, d'IPT ou d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine ;
- > au terme du prêt ou du crédit-bail.

ii. La garantie Invalidité permanente totale (IPT)

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie IPT, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

Pour que la garantie soit mise en jeu, l'IPT doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.

L'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, il présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 66 % (voir « Tableau d'invalidité » ci-après).

Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle selon le «Tableau d'invalidité» (voir ci-après).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi par rapport à l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Versement des prestations sous forme de capital :

Dès lors que l'état d'Invalidité Permanente Totale est reconnu par l'Assureur, le paiement des prestations s'effectue en capital, si l'adhérent a choisi ce mode de paiement.

Pour le versement des prestations sous forme de capital, quel que soit le type de prêt (y compris en fine ou relais), l'Assureur paie, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, le capital restant dû, multiplié par la quotité assurée, dans la limite de 2 500 000 euros. Le paiement du capital met

fin à l'ensemble des garanties. Si le capital restant dû est supérieur à 2 500 000 euros, l'assuré reste couvert au titre des seules garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs.

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'état d'IPT, la somme des loyers restant dus assurés augmentée de la valeur résiduelle du bien dans la limite de 2 500 000 euros. Si la somme des loyers restant dus assurés augmentée de la valeur résiduelle du bien excède 2 500 000 euros, l'assureur ne prend en charge que la somme des loyers restant dus. L'assuré reste couvert pour la valeur résiduelle et la somme des loyers restants dus (éventuellement excédante) au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, à la totalité des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, pour la somme des loyers restant dus, augmentée de la valeur résiduelle du bien.

Versement des prestations sous forme de rente :

Lors de l'adhésion, l'adhérent peut également faire le choix d'un paiement sous forme de rente et non de capital.

Dans ce cas, l'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- > en fonction des quotités assurées,
- > au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- > dans la double limite de 100 % du montant des échéances/ loyers exigibles pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré. Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail assuré est supérieure à 10 000 euros par mois (ou 120 000 euros par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré.

L'adhérent peut effectuer une demande de déplafonnement auprès de BPSIs.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire. Au cas où le montant de la prestation due par l'Assureur excède l'échéance ou le loyer, l'excédent est versé à l'adhérent.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPT ne peut être prise en compte.

La garantie IPT cesse lorsque l'assuré atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire. La garantie cesse également dans le cas où l'état de l'assuré évolue en perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Dans ce dernier cas, l'Assureur intervient au titre de cette garantie.

b. La garantie Invalidité permanente partielle (IPP)

La souscription de cette garantie ne peut avoir lieu qu'en complément de la garantie ITT et/ou IPT au moment de l'adhésion. Toutefois, elle peut être souscrite à tout moment selon les conditions prévues par la présente notice.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie IPP, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

Pour que la garantie soit mise en jeu, l'IPP doit être consolidée avant que l'assuré n'ait atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.

L'assuré est reconnu en état d'invalidité permanente partielle par l'Assureur (qui peut demander une expertise médicale et qui n'est pas lié par la décision pouvant être prise par le régime de sécurité sociale de l'assuré) lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un accident garantis par le contrat, et après consolidation de son état de santé, il présente un taux d'invalidité, constaté par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur, supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 % (cf « Tableau d'invalidité » ci-dessous). Le taux d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle selon le «Tableau d'invalidité» (voir ci-après).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi d'après le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est établi par rapport à l'activité professionnelle exercée au jour du sinistre, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Tableau d'invalidité : (en rouge : les taux de la garantie IPT ; en gris : les taux de la garantie IPP)

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %						33 %	36,6 %	40 %	43,3 %	46,4 %
20 %					36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %			36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %	
40 %			33 %	40 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %			35,6 %	43,1 %	50 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74 %	79,4 %
60 %			37,8 %	45,8 %	53,1 %	60 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %			39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %			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 %	96,5 %
100 %		34,2 %	44,8 %	54,3 %	63 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100 %

{ Par exemple : J'ai un taux d'incapacité fonctionnelle de 70 % et un taux d'incapacité professionnelle de 40 % ; donc, d'après le tableau ci-dessus, mon taux d'invalidité permanente partielle est de 58,1 % }

Le taux d'invalidité peut être révisable en fonction de l'évolution de l'incapacité fonctionnelle et professionnelle de l'assuré. Le montant de la prestation varie en conséquence, selon la formule de « Calcul de la prestation versée par l'Assureur » ci-dessous.

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur, celui-ci effectue le paiement partiel des échéances du prêt ou des loyers du crédit-bail par rapport au dernier échéancier ou au dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance, et en fonction de la quotité assurée pour chaque assuré.

L'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- > en fonction des quotités assurées,
- > au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt ou du loyer,
- > dans la double limite de 100 % du montant des échéances/ loyers pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré.

Si l'échéance du prêt ou le loyer du crédit-bail assuré est supérieur(e) à 10 000 euros par mois (ou 120 000 euros par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré.

La somme des prestations payées par l'Assureur au titre d'un même prêt ne peut excéder 100 % des échéances ou loyers.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Calcul de la prestation versée par l'Assureur} \\ \text{ (« T » représente le taux d'IPP reconnu à l'assuré) :} \\ \left[(T - 33\%) / 33\% \right] \times \text{montant de l'échéance de prêt} \\ \text{ou du loyer de crédit-bail} \times \text{quotité assurée} \end{array} \right\}$$

L'Assureur prend en charge au minimum 50 % de l'échéance ou du loyer exigible, multiplié(e) par la quotité assurée, même si la formule de calcul des prestations conduit à un résultat inférieur à ce minimum.

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IPP ne peut être prise en compte par l'Assureur.

L'option d'achat prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'ITT, d'IPT ou d'IPP persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

Dans le cadre des garanties ITT, IPT et IPP, pour les prêts remboursables en fine et les prêts relais, le remboursement du capital en fin de prêt n'est pas pris en charge.

Par défaut, l'organisme prêteur est le bénéficiaire.

L'Assureur cesse de verser les prestations :

- > en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- > en cas d'indemnisation au titre de la garantie IPT (taux d'invalidité qui devient supérieur ou égal à 66 %) ;

- > dans tous les cas, à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire ;
- > au terme du prêt ou du crédit-bail.

Lorsque l'assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur, celui-ci effectue le paiement partiel des échéances du prêt ou des loyers du crédit-bail par rapport au dernier échéancier ou au dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance, et en fonction de la quotité assurée pour chaque assuré.

c. La garantie Exonération

Les garanties ITT, IPT (uniquement pour le versement sous forme de rente), IPP et Invalidité Spécifique (IS) AERAS sont assorties d'une garantie exonération. Dans le cadre de cette garantie exonération, lorsque l'assuré se trouve en état d'invalidité ou d'incapacité reconnue par l'Assureur, l'adhérent ne paie pas les cotisations qui seraient dues au titre du contrat et qui viendraient à échéance pendant la prise en charge de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP ou de l'IS AERAS. Le paiement des cotisations est suspendu durant cette période.

d. La garantie Invalidité spéciale professions médicales (IPM : Invalidité professionnelle médicale)

L'invalidité professionnelle médicale de l'assuré est appréciée par un médecin expert, désigné par l'Assureur, qui confirme l'impossibilité totale et définitive d'exercer la profession occupée au moment de la maladie ou de l'accident garantis par le contrat, en fonction des conditions normales d'exercice de la profession de l'assuré et de ses possibilités restantes de l'exercer après prise en compte des aides techniques disponibles.

Cette garantie ne peut être souscrite que si l'assuré exerce en France une profession médicale, c'est-à-dire la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien(ne), de kinésithérapeute, d'infirmier(ère) ou de vétérinaire.

Elle doit être souscrite au moment de l'adhésion ou, au plus tard, dans les 6 mois suivant la demande d'adhésion. La souscription de cette garantie n'est pas possible en cas de souscription d'une garantie IPT ou IPP.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie IPM, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion. **La garantie IPM cesse lorsque l'assuré atteint l'âge de faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au jour de son 67^e anniversaire.**

La réalisation du risque entraîne le paiement par l'Assureur du capital restant dû, multiplié par la quotité assurée, dans les mêmes conditions de la garantie décès mais dans la limite de 2 500 000 euros. Toutefois, si le capital restant dû excède 2 500 000 euros, l'assuré reste couvert au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

Concernant le contrat de crédit-bail, l'Assureur paye, à la date de reconnaissance de l'IPM, la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur résiduelle du bien, multipliée par la quotité assurée, dans la limite de 2 500 000 euros. Si la somme des loyers restant dus augmentée de la valeur

résiduelle du bien excède 2 500 000 euros, l'Assureur ne prend en charge que la somme des loyers restants dus. Toutefois, l'assuré reste couvert pour la valeur résiduelle et la somme des loyers restants dus (éventuellement excédante), au titre des garanties décès et PTIA. Par ailleurs, l'adhérent peut effectuer une demande de déplaçonnement auprès de BPSIs.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, à la totalité des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

Par défaut, le bénéficiaire est l'organisme prêteur pour le montant du capital restant dû ou, en cas de crédit-bail, la somme des loyers restants dus augmentée de la valeur résiduelle du bien.

e. La garantie Invalidité Spécifique (IS) AERAS

Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers et professionnels. L'invalidité se définit comme un état de réduction permanente des aptitudes de l'adhérent à exercer sa profession ou toute autre activité lui procurant gain ou profit. Cette réduction devra être consécutive à la maladie ou à l'accident ayant provoqué l'invalidité.

Le taux d'invalidité spécifique AERAS est défini par combinaison :

- > d'une incapacité professionnelle attestée par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires et d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession pour les non-salariés ;
- > d'une incapacité fonctionnelle dont le taux est apprécié par expertise médicale suivant le barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Pour donner lieu à prestations, le taux d'incapacité fonctionnelle doit être supérieur ou égal à 70 %. En cas d'incapacité fonctionnelle inférieure à 70 %, aucune prise en charge ne pourra intervenir.

Les suites liées aux pathologies déclarées à l'adhésion ne sont pas exclues au moment du sinistre dans le cadre de la garantie Invalidité spécifique AERAS

L'Assureur verse les prestations d'assurance dues :

- > en fonction des quotités assurées,
- > au prorata des jours d'invalidité, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt,
- > dans la double limite de 100 % du montant des échéances exigibles pour l'ensemble des assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré. Si l'échéance du prêt assuré est supérieure à 10 000 euros par mois (ou 120 000 euros par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 10 000 euros (ou 120 000 euros par an) par assuré en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance.

Les prestations ITT, IPT (en cas de versement des prestations sous forme de rente), IPP et ISAERAS cessent d'être versées pendant le congé légal de maternité défini par la sécurité sociale, que l'assurée y soit affiliée ou non.

3- Les options d'extension de garantie

a. Options ZEN / ZEN+

La souscription de ces garanties est optionnelle. Il s'agit d'une extension des cas pour lesquels l'assuré est pris en charge par l'Assureur au titre des garanties ITT/IPT/IPP. Ces options ne peuvent être souscrites que lorsque les garanties précitées ITT et IPT ont été choisies lors de l'adhésion avec une franchise minimale de 90 jours et pour un capital assuré jusqu'à 500 000 euros. La couverture entre 500 000 euros et 1 000 000 euros est possible si l'organisme prêteur requiert ce niveau de garantie.

Ces options permettent d'être couvert, dans les conditions prévues au présent « a. Options ZEN/ZEN+ », sans condition, ou bien avec des conditions restreintes d'hospitalisation pour les affections mentionnées aux points 1 et 2 ci-dessous.

Pour pouvoir être couvert au titre des garanties ZEN/ZEN+, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'invalidité ou l'incapacité de l'assuré sont prises en charge en cas de sinistre résultant des deux types d'affections suivantes :

- 1- les affections du dos (affections discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires) ;
- 2- les affections psychiatriques (schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation).

Avec l'option ZEN, la prise en charge intervient :

- > sans condition d'hospitalisation pour les affections du dos ;
- > avec une hospitalisation minimale de 6 jours pour les affections psychiatriques.

Avec l'option ZEN+, la prise en charge intervient :

- > sans condition d'hospitalisation ni pour les affections du dos, ni pour les affections psychiatriques.

b. Extension Confort : extension de la prise en charge en l'absence d'activité professionnelle au moment du sinistre

Si l'organisme prêteur exige la prise en charge de l'ITT à 100 % des loyers ou des échéances multipliés par la quotité assurée, pour les assurés inactifs au moment du sinistre, l'extension Confort est souscrite à l'adhésion.

Elle s'applique dans les conditions suivantes :

- lorsque l'assuré qui n'exerce plus d'activité professionnelle au jour du sinistre, se trouve temporairement contraint d'observer sur prescription médicale, un repos complet et continu à son domicile, ou en centre hospitalier ou de rééducation, l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (notamment travaux domestiques et gestion des affaires familiales et personnelles), cette incapacité étant temporaire, totale, continue, et reconnue par une autorité médicale compétente, alors l'Assureur prend en charge 100% de chaque échéance ou loyer exigible, multiplié par la quotité assurée dans les conditions prévues au Chapitre 1-2-a-i,
- pendant une période maximale allant jusqu'à 1 095 jours, et dans une limite mensuelle de 3 800 euros.

c. Option Sports à risques amateur

La souscription de cette option permet à l'assuré d'être couvert pour la pratique régulière et/ou la compétition amateur des sports à risques au titre des garanties décès/PTIA ou ITT/IPT/IPP/IPM.

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie sports à risques amateur, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

Pour cette garantie, les prestations versées par l'Assureur n'excèdent pas un capital assuré de 500 000 euros. Au-delà, il est nécessaire de faire une demande à l'Assureur pour obtenir une proposition particulière au cas de l'assuré.

EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES POUR CETTE OPTION, QUELLE QUE SOIT LA GARANTIE : DANS TOUS LES CAS, SONT EXCLUS LES « SPORTS EXTRÊMES » – À SAVOIR : BASE JUMP, SKY SURFING, SKY FLYING, SAUT À L'ÉLASTIQUE, ZORBING, EXERCICES ACROBATIQUES – ET CE, POUR TOUTES LES GARANTIES DU CONTRAT.

Couverture décès/PTIA

L'assuré a la possibilité de choisir jusqu'à deux catégories de sports parmi les quatre proposées, afin d'être couvert en décès/PTIA. Il est alors couvert pour tous les sports à risques figurant dans la ou les catégories qu'il a choisies :

1. sports mécaniques : sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien) ;
2. sports maritimes et de rivière : pratique de la voile à plus de 25 miles des côtes, plongée sous-marine (autre que la pratique à moins de 20 mètres de profondeur pour la plongée en bouteille et à moins de 10 mètres pour la plongée sans bouteille), canyoning, rafting ;
3. sports de spéléologie, de montagne et de glace : spéléologie (si elle nécessite un équipement spécial), sports de neige (autre que la pratique amateur sur piste du ski alpin ou de fond, du monoski et du surf), de glace (autre que la pratique amateur de patinage), de montagne ou d'alpinisme (dont varappe, escalade, randonnée en montagne nécessitant l'usage de cordes, piolets ou crampons) ;
4. sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachutisme, montgolfière, planeur, vol à voile.

Couverture invalidité et/ou incapacité :

Concernant les garanties ITT/IPT/IPP/IPM au titre de l'option sports à risques amateur, l'assuré peut demander la couverture du ou des sports à risques amateur (tels que définis dans la liste supra ou dans le lexique, liste à laquelle s'ajoutent les sports équestres et les sports de combat) qu'il déclare pratiquer régulièrement ; il doit compléter lors de l'adhésion un questionnaire spécifique. L'Assureur peut proposer une tarification spéciale mentionnée dans la proposition d'accord. **EN CAS DE NON-DÉCLARATION DE LA PRATIQUE DES SPORTS CONCERNÉS OU DE REFUS DE LA PROPOSITION DE TARIFICATION FAITE PAR L'ASSUREUR, CES SPORTS SONT EXCLUS.**

Dans tous les cas, la pratique exceptionnelle de ces sports (baptême ou initiation), pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité, est couverte par le contrat.

d. Faculté offerte par le contrat Sport professionnel

Pour pouvoir être couvert au titre de la garantie sport professionnel, l'assuré doit avoir au moins 18 ans et moins de 65 ans à l'adhésion.

L'assuré est couvert pour la pratique de sport à titre professionnel, ou rémunérée, ou de haut niveau (liste telle qu'arrêtée par le ministre français des Sports en application des dispositions du chapitre I du titre II du code des sports et qui est en vigueur au moment du sinistre), que ce soit lors de compétitions ou d'entraînements. L'assuré doit déclarer les sports pratiqués au préalable à BPSIs.

L'Assureur se réserve le droit d'accepter, de refuser totalement ou partiellement et/ou d'imposer une surprime pour cette garantie.

Cette faculté couvre uniquement les risques décès et PTIA.

CHAPITRE 2 : CE QUE NE GARANTIT PAS VOTRE CONTRAT (EXCLUSIONS DE GARANTIE)

NE SONT PAS PRISES EN CHARGE AU TITRE DE VOTRE CONTRAT :

1- LES CONSÉQUENCES DES ACTES INTENTIONNELS, DES NÉGLIGENCE VOLONTAIRES OU DES DISSIMULATIONS POUVANT CONDUIRE AU DÉCÈS, À L'INVALIDITÉ OU À L'INCAPACITÉ DE L'ASSURÉ DANS LES CAS SUIVANTS :

- > LE SUICIDE DE L'ASSURÉ AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DE TOUTE MODIFICATION (AUGMENTATION ÉVENTUELLE DES CAPITAUX OU REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT). **Toutefois, il est couvert dans le cas des prêts qui sont destinés au financement du logement principal de l'assuré, dans la limite d'un plafond de 120 000 euros (article R.132-5 du code des assurances) ;**
- > LES TENTATIVES DE SUICIDE, MUTILATIONS VOLONTAIRES OU FAITS INTENTIONNELS DE L'ASSURÉ OU D'UN BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE ;
- > LA CONDUITE DE L'ASSURÉ EN ÉTAT D'IVRESSE (CARACTÉRISÉE PAR UN TAUX D'ALCOOLÉMIE ÉGAL OU SUPÉRIEUR AU TAUX MAXIMAL AUTORISÉ PAR LA LÉGISLATION EN VIGUEUR À LA DATE DU SINISTRE), QUEL QUE SOIT LE MOYEN DE TRANSPORT ;
- > L'USAGE DE STUPÉFIANTS, DE DROGUES OU DE MÉDICAMENTS À DES DOSES NON PRESCRITES MÉDICALEMENT.

2- LES CONSÉQUENCES DES ACTIVITÉS OU DES PRATIQUES SUIVANTES :

- > LA PRATIQUE RÉGULIÈRE DES « SPORTS À RISQUES » TEL QUE CE TERME EST DÉFINI AU LEXIQUE, AUXQUELS S'AJOUTENT LES SPORTS ÉQUESTRES ET LES SPORTS DE COMBAT POUR LES COUVERTURES INVALIDITÉ ET/OU INCAPACITÉ (**sauf si l'option sports à risques amateur a été souscrite**). **Néanmoins ces sports sont couverts par le contrat dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême ou initiation) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité ;**
 - > à la demande de l'adhérent, les sports ou activités mentionnés ci-dessus peuvent être garantis, sous réserve de l'acceptation par l'Assureur indiquée aux Conditions Particulières et moyennant une tarification adaptée.
- > LA PARTICIPATION, A TITRE AMATEUR, AVEC OU SANS ENGIN A MOTEUR, À DES RAIDS SPORTIFS (COURSE DE PLEINE NATURE SE DÉROULANT GÉNÉRALEMENT PAR ÉQUIPE ET PENDANT PLUSIEURS JOURS, DANS UNE ZONE PEU ACCESSIBLE, ET COMBINANT DES DISCIPLINES SPORTIVES VARIÉES), DES TENTATIVES DE RECORDS, DES EXHIBITIONS, DES ESSAIS PRÉPARATOIRES, DES ESSAIS DE RÉCEPTION, DES PARIS, DES DÉFIS, DES SPORTS EXTRÊMES (À SAVOIR : BASE JUMP, SKY

SURFING, SKY FLYING, SAUT A L'ÉLASTIQUE, ZORBING, EXERCICES ACROBATIQUES). **Toutefois, le saut à l'élastique est couvert dans le cadre d'une pratique exceptionnelle (baptême) et pour autant qu'elle soit encadrée par un professionnel habilité.**

- > LA NAVIGATION AÉRIENNE, **ceci sauf si l'assuré (passager ou pilote) se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote qui possédait, d'une part, un brevet (pour l'appareil utilisé) et, d'autre part, une licence non périmée.**

3- LES CONSÉQUENCES D'ÉVÉNEMENTS ET ACTES SUIVANTS :

- > LES FAITS DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES ; ÉMEUTES ; MOUVEMENTS POPULAIRES ; INSURRECTIONS ; ACTES DE TERRORISME ; DÉLITS ; RIXES (SI L'ASSURÉ Y A PRIS UNE PART ACTIVE). **Cette exclusion ne s'applique ni en cas de légitime défense, ni en cas d'assistance à personne en danger, ni dans le cadre de la profession déclarée à l'Assureur dans la demande d'adhésion et acceptée par lui ;**
- > LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR ET D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOME, TANT PAR FUSION OU FISSION, QUE PAR RADIATION IONISANTE OU AUTRES. **Ces effets sont toutefois pris en charge en cas de dysfonctionnement d'instruments médicaux ;**
- > L'ASSURANCE N'EST PAS ACCORDÉE AU PROFIT DU BÉNÉFICIAIRE CONDAMNÉ POUR AVOIR CAUSE VOLONTAIREMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.

4- LES CONSÉQUENCES CONCERNANT LES ARRÊTS DE TRAVAIL ET L'INVALIDITÉ DANS LES CAS SUIVANTS :

- > LES ARRÊTS DE TRAVAIL NON PRESCRITS MÉDICALEMENT ;
- > LES TRAITEMENTS OU INTERVENTIONS CHIRURGICALES À BUT ESTHÉTIQUE QUI NE SÉRAIENT PAS LA CONSÉQUENCE D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE ;
- > LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES – À SAVOIR : SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES NÉVROTiques, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DÉLIRANTS, DEPRESSIONS DE TOUTE NATURE, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES DE L'ALIMENTATION –, **ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (délai réduit ou supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+) ;**
- > LES FIBROMYALGIES ET LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, **ceci sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours ;**
- > LES AFFECTIONS DISCALES ET/OU VERTÉBRALES ET/OU RADICULAIRES, **sauf dans le cas où elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (délai supprimé dans le cadre des options ZEN / ZEN+) ou en cas d'intervention chirurgicale, ou s'il s'agit de fracture ;**
- > LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR MOTIF AUTRE QU'ACCIDENT OU MALADIE ;
- > LES SÉJOURS EN CURE THERMALE, EN MAISON DE REPOS, DE PLEIN AIR OU DE SANTE MÉDICALE POUR DES SOINS OU DES CURES ESTHÉTIQUES, DE RAJEUNISSEMENT, CLIMATIQUES, DIÉTÉTIQUES, D'AMAIGRISSEMENT, DE CONVALESCENCE, DE RÉÉDUCATION, DE DESINTOXICATION, DE SOMMEIL. **La garantie est acquise pour les séjours de convalescence ou de rééducation consécutifs à une maladie ou un accident couverts par le contrat ;**
- > LES ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURÉ REFUSE DE SE SOUMETTRE À UN TRAITEMENT MÉDICAL RATIONNEL ET ADÉQUAT ;
- > LES SUITES ET CONSÉQUENCES DE MALADIES OU D'ACCIDENTS NON DECLARÉS AVANT L'ÉMISSION DU CERTIFICAT D'ASSURANCE. **Elles peuvent être garanties dès lors qu'après déclaration, elles ont fait l'objet d'une proposition d'accord par l'assureur.**

CHAPITRE 3 : LA VIE DE VOTRE CONTRAT

1- CONCLUSION ET PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION AU CONTRAT ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La date de conclusion de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'assurance. Cette date correspond à celle à laquelle l'adhérent et, si c'est une personne différente, l'assuré signent la proposition d'accord sous réserve que cette proposition, signée, soit remise à BPSIs ou, en cas d'adhésion électronique, enregistrée informatiquement.

La date d'effet de l'adhésion et des garanties est indiquée sur le certificat d'assurance et correspond à la date de conclusion de l'adhésion, sauf dans le cas où l'adhérent a indiqué sur la demande d'adhésion une « date d'effet souhaitée », qui est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion : la date d'effet de l'adhésion et des garanties correspond alors à la « date d'effet souhaitée ».

Dans tous les cas, la prise d'effet de l'adhésion et des garanties dépend de l'existence d'un engagement de l'adhérent vis-à-vis de l'organisme prêteur, matérialisé par la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement.

Cas de l'adhésion électronique : par dérogation à l'article 1341 du code civil, les parties conviennent qu'en cas d'adhésion électronique, les données sous forme électronique conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix : valent signature par l'adhérent et l'assuré ; leur sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de leur identité et de leur consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés.

En cas de décès après la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement, mais avant le déblocage de tout ou partie des fonds, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt, de crédit-bail ou l'acte de cautionnement est consenti demeure.

L'ADHÉSION PRÉSENTE UNE DURÉE D'UN AN ET SE RENOUVELLE PAR TACITE RECONDUCTION CHAQUE ANNÉE, À LA DATE ANNIVERSAIRE DE LA CONCLUSION DE L'ADHÉSION, SAUF RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT. Lorsque le contrat d'assurance garantit un crédit immobilier, l'adhérent peut résilier son contrat dans les conditions prévues à l'article L. 113-12-2 du code des assurances. Dans les autres cas, ce dernier peut résilier son adhésion par lettre recommandée adressée à BPSIs – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date de renouvellement. Une copie de la lettre de résiliation sera transmise par BPSIs à l'organisme prêteur. La résiliation entraîne la cessation des garanties à la fin de l'exercice considéré.

En cas de cessation d'activité de BPSIs ou de l'Association, l'Assureur s'engage à maintenir à l'assuré l'intégralité des garanties dont il bénéficie à la date de cessation d'activité.

L'Assureur renonce expressément, vis-à-vis de l'adhérent, à se prévaloir de l'article L113-12 du code des assurances.

2- DURÉE DES GARANTIES

L'ensemble des déclarations effectuées par l'Adhérent et l'Assuré servent de base pour permettre à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir et de fixer les conditions de garantie et de prime adaptées qui sont proposées au contrat.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur : les conditions tarifaires et de couverture sont irrévocables pendant toute sa durée. Sous réserve du respect des dispositions du Chapitre 5-1, l'Assuré n'a donc pas à déclarer les modifications pouvant intervenir dans son activité professionnelle ou ses habitudes de vie – consommation de tabac, pratique d'activités sportives, déplacements à l'étranger –, sauf dans le cas où elles lui permettraient de bénéficier de conditions plus favorables.

3- CESSATION DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

Les garanties et le versement des prestations d'assurance cessent dans les cas de cessation indiqués au « **CHAPITRE 1 : CE QUE GARANTIT VOTRE CONTRAT** » de la présente notice.

Dans tous les cas, les garanties et le versement des prestations d'assurance cessent avec la fin de l'adhésion.

L'adhésion peut prendre fin de manières différentes :

- > au terme du prêt, du crédit-bail ou du cautionnement ;
- > en cas d'exigibilité du prêt ou du crédit-bail avant terme ;
- > lorsque la date limite de couverture est atteinte (le 90^e anniversaire de l'assuré pour la garantie décès et son 67^e anniversaire pour les autres garanties) ;
- > lorsque l'adhésion n'est pas reconduite, sur demande expresse de l'adhérent, à l'échéance annuelle ;
- > en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités prévues au « **Chapitre 4 : Vos cotisations** » ;
- > en cas de fraude, tentative de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre.

4- Renonciation

En cas de vente à distance ou de démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, l'adhérent, qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En cas de demande expresse de l'adhérent d'exécution immédiate du contrat avant l'expiration du délai de 14 jours, et s'il fait finalement jouer son droit de rétractation pendant ce délai de 14 jours, l'Assureur procède alors au remboursement de l'intégralité des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dans les deux cas, la renonciation à l'adhésion doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'adresse suivante : BPSIs – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris. La lettre peut être rédigée, par exemple, selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) (nom, prénom, et adresse de l'assuré) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Avenir Naoassur emprunteur Équivalence, que j'ai conclu le.... Fait à ..., le..., Signature* ».

5- Territorialité

Les garanties sont accordées dans le monde entier.

Il est expressément stipulé qu'en cas de sinistre, les dommages corporels ou la maladie doivent être constatés par un médecin établi en France. En cas d'impossibilité totale de l'assuré de se déplacer (médicalement constatée et documentée par un certificat médical), un médecin expert peut être diligenté par l'Assureur sur le territoire étranger concerné. Les frais de déplacement de l'expert restent à la charge de l'assuré, sauf si l'incapacité totale de se déplacer est constatée et validée par le médecin expert.

En outre, il est rappelé que, selon les dispositions de la notice du contrat :

- > l'Assureur se réserve le droit de diligenter à tout moment une expertise médicale pour lui permettre l'appréciation au mieux du risque assuré ;
- > seul l'Assureur est habilité à fixer le taux d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle et ce, indépendamment de la décision pouvant être prise par le régime obligatoire de protection sociale de l'assuré ;
- > seule la législation française reste applicable.

6- La mise en œuvre des garanties

Lorsque l'assuré subit un sinistre, l'adhérent ou l'assuré doit le déclarer par courrier à l'attention du médecin-conseil de BPSIs – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris, et transmettre les pièces suivantes :

Dans tous les cas	<ul style="list-style-type: none"> > le tableau d'amortissement, ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur au jour du sinistre ; > une copie du contrat de prêt ou de crédit-bail ; > pour tout bénéficiaire autre que l'organisme prêteur auprès duquel le contrat de prêt ou de crédit-bail a été contracté, la pièce d'identité de ce bénéficiaire (carte d'identité, passeport, extrait Kbis...). <p>En cas d'accident, l'adhérent, l'assuré ou les ayants droit de l'assuré doivent fournir les documents suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > un courrier précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ; > les preuves de l'accident, telles que rapport de police, procès-verbal de gendarmerie... <p>En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.</p>
En cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> > l'acte de décès de l'assuré comportant l'indication de sa date de naissance ; > si nécessaire, une photocopie datée et signée de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité du bénéficiaire, ainsi qu'un acte de notoriété ; > l'attestation de dissolution du PACS pour cause de décès, si le bénéficiaire est le partenaire d'un PACS ; > le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.
En cas de PTIA	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la notification de mise en invalidité de 3^e catégorie pour les assujettis à la sécurité sociale ou un certificat médical attestant de l'invalidité pour les non-assujettis ;
En cas d'ITT/IPT/IPP	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre des garanties ITT, IPT ou IPP, accompagnée des pièces suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > un certificat médical précisant la période prévue d'arrêt de travail ou de repos complet ; > l'éventuel certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique consécutive à un arrêt de travail ; > l'éventuel avis de prolongation d'arrêt de travail ou de repos complet émanant du médecin ; > les décomptes de règlement des indemnités journalières du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. > la notification de mise en invalidité pour les assujettis à la sécurité sociale ; > en cas d'ITT, le questionnaire médical qui est fourni par l'Assureur, à faire remplir et signer par le médecin traitant.
En cas d'IPM	<p>L'adhérent ou l'assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie IPM, accompagnée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> > un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de santé au jour du sinistre. <p>L'assuré est soumis à un examen médical auprès d'un médecin indépendant choisi par l'Assureur, pour que ce dernier apprécie le bien-fondé de la mise en jeu de la garantie. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix ou opposer les conclusions de son propre médecin.</p>

Par ailleurs :

- > L'Assureur se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de réclamer des documents complémentaires pour mettre en œuvre les garanties.
- > L'Assureur peut demander une expertise médicale supplémentaire :

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu des garanties PTIA, ITT, IPT, IPP et IPM, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'assuré à un examen médical réalisé en France auprès d'un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur à cet effet. Les frais relatifs à l'examen médical sont à la charge de l'Assureur. L'assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son propre médecin. **En cas de refus par l'assuré de faire l'objet de cet examen médical, l'assuré et ses ayants droit sont considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.** L'Assureur peut également procéder à tout contrôle alors que le sinistre est en cours de prise en charge. Les résultats de ce contrôle peuvent entraîner jusqu'à l'arrêt de l'indemnisation. L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision de la Sécurité sociale, du médecin de l'assuré ou de tout autre organisme.

En cas de contestation par l'assuré de la décision de l'Assureur suite à une expertise médicale, l'assuré peut faire appel, à ses propres frais, à un médecin de son choix pour effectuer une contre-expertise. Si le désaccord subsiste, un troisième médecin (tiers expert) est nommé d'un commun accord par les deux experts déjà consultés. À défaut d'accord entre les parties, le juge du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré (ou, si l'assuré n'est pas domicilié en France, la juridiction compétente) procède à la désignation de ce tiers expert. Lors de l'arbitrage, chaque partie prend en charge les frais du médecin le représentant. Quant aux honoraires et frais de nomination du tiers expert, ils sont réglés par moitié entre l'Assureur et l'assuré.

- > Le règlement des prestations d'assurance intervient dans les dix (10) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires pour établir le bien-fondé de la demande de prise en charge ou de prolongation de la période de prise en charge.
- > Dans la limite de la législation en vigueur, le règlement intervient sur le compte de l'organisme prêteur bénéficiaire. A titre exceptionnel, et sous réserve de l'accord de l'Assureur, le règlement intervient sur un autre compte, ouvert auprès d'un organisme situé dans un pays de la zone SEPA.

CHAPITRE 4 : VOS COTISATIONS

1- Le calcul des cotisations

La cotisation est calculée notamment sur la base du montant du prêt garanti, de la durée de l'emprunt ou de l'acte de cautionnement, de l'âge de l'assuré, de sa situation de santé, des risques déclarés et de la formule d'assurance choisie.

Concernant les contrats de crédit-bail, outre la situation et les garanties choisies, la cotisation est calculée sur le cumul de l'ensemble des loyers restant dus toutes taxes comprises auquel on ajoute la valeur résiduelle du bien toutes taxes comprises.

L'échéancier des cotisations est fixé à l'adhésion ; il détaille les cotisations annuelles qui évoluent tous les ans en fonction des caractéristiques du contrat de prêt ou de crédit-bail (capital restant dû, échéances ou loyers, valeur résiduelle du bien...) et de l'âge atteint par l'assuré à la date anniversaire de l'adhésion.

Les taux de cotisations sont fixés à l'adhésion et sont maintenus pendant toute la durée du contrat.

Ils peuvent uniquement évoluer :

- > s'il y a changement de situation favorable à l'adhérent, sous réserve des dispositions du « 2- Changement de situation de l'assuré » du « Chapitre 5 : Informations générales » de la présente notice ;
- > en cas de changement des taxes ou impôts applicables à l'adhésion.

2- Le paiement des cotisations

Dans la limite de la législation en vigueur, chaque cotisation est payable d'avance par l'adhérent (terme à échoir) par rapport à la période couverte indiquée dans l'échéancier des cotisations qui lui est remis, et prélevée par BPSIs sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou bien, sur demande adressée à BPSIs, dans un autre pays de la zone SEPA.

L'adhérent peut opter, au moment de l'adhésion, pour un paiement par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel, ou mensuel, à condition que chaque prélèvement de cotisation soit supérieur à 20 euros TTC.

Le montant de la première échéance prélevée est constitué de la première cotisation, des frais d'adhésion à l'association du collège des assurés, ainsi que de frais de dossiers de 15 euros si le contrat n'est pas signé électroniquement.

Selon les opérations de gestion, le montant des cotisations est majoré de frais de gestion selon le barème en vigueur à la survenance de l'opération dans les cas suivants :

- Rejet suite à un prélèvement bancaire : 10 euros (tarif indicatif à la date figurant en bas des présentes conditions générales)
- Mise en demeure pour non-paiement : 25 euros (tarif indicatif à la date figurant en bas des présentes conditions générales)

3- Les conséquences du non-paiement des cotisations

Le non-paiement des cotisations entraîne la résiliation de l'adhésion (dans les conditions prévues à l'article L113-3 du code des assurances) ou bien l'exclusion de l'adhérent (dans les conditions prévues à l'article L141-3 du code des assurances).

CHAPITRE 5 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1- Changement de situation de l'assuré

Doivent être communiqués à BPSIs, sur l'espace client ou par courrier :

- > **les seuls changements intervenus dans la situation professionnelle ou médicale de l'assuré qui pourraient entraîner une révision du tarif favorable à l'adhérent ;**
- > toute modification du prêt, du crédit-bail ou de l'engagement de caution couverts, dès que l'adhérent en a connaissance. S'il s'agit d'une augmentation du capital emprunté ou d'une augmentation du financement pour une durée supérieure à 5 ans (à l'exclusion de toutes autres modifications du financement), la couverture de cette augmentation est subordonnée à l'acceptation préalable de BPSIs, délégué en cela par l'Assureur ;
- > tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales utilisées pour la communication avec BPSIs, dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers, courriels ou SMS seront transmis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets.

2- DÉCLARATION FAUSSE OU INEXACTE

CONFORMEMENT A L'ARTICLE L113-8 DU CODE DES ASSURANCES, « INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, ET SOUS RESERVE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L132-26, LE CONTRAT D'ASSURANCE EST NUL EN CAS DE RETICENCE OU DE FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE, QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ASSURE A ETE SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES PRIMES PAYEES DEMEURENT ALORS ACQUISES A L'ASSUREUR, QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ECHUES A TITRE DE DOMMAGES ET INTERETS ».

3- Prescription

Conformément à l'article L114-1 du code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui leur 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 ».

Conformément à l'article L114-2 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 paiement de l'indemnité ».

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

Informations complémentaires :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, qui sont prévues au code civil et qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer à l'adhésion, sont : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240) ; la demande en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet du vice de procédure (article 2241) ; la mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244) ; 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 (article 2245) ; l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance (article 2246).

4- Réclamations

En cas de réclamation portant sur l'adhésion, le contrat ou l'assurance, l'adhérent peut dans un premier temps contacter le courtier distributeur.

Si la réponse qu'il obtient ne le satisfait pas, il peut contacter le service client de BPSIs, gestionnaire de son contrat, à l'adresse suivante :

118, rue de Tocqueville – 75017 Paris

Si toutefois un désaccord subsiste, l'adhérent peut alors se tourner vers Suravenir :

232, rue Général Paulet – BP 103 – 29802 Brest Cedex 9

Enfin, si le désaccord persiste et que toutes les voies de recours internes ont été épuisées, l'adhérent peut solliciter par courrier l'avis du Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110,
75441 Paris Cedex 09

Les dispositions du présent paragraphe « 5 - Réclamations » sont sans préjudice des autres voies de recours légales, notamment le recours à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

5- Informatique et libertés

Conformément à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent et/ou l'assuré personne(s) physique(s) disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations les concernant. Ces informations sont destinées à BPSIs (gestionnaire du contrat), à l'Assureur (responsable du traitement), aux réassureurs et à leurs prestataires, à l'association « Le Collège des Assurés » à des fins de réalisation, gestion et suivi du contrat. Ces informations sont obligatoires ; à défaut d'une ou plusieurs réponses, le dossier de l'adhérent ne sera pas traité. L'adhérent et/ou l'assuré personne(s) physique(s) disposent du droit de s'opposer à ce que ces données soient transmises à des tiers. S'ils souhaitent exercer leurs droits ou obtenir des informations complémentaires sur le traitement de leurs données personnelles, l'adhérent et/ou l'assuré personne(s) physique(s) doivent en faire la demande par écrit à BPSIs – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris.

6- Contrôle

L'Assureur et BPSIs sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

7- Généralités

Le contrat est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et le contrat *Avenir Naoassur emprunteur Équivalence* sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat relève de la compétence des juridictions françaises.

L'Assureur contribue annuellement aux ressources du Fonds de garantie des assurances de personnes.

Annexe 1 – Fiche récapitulative des conditions d'éligibilité au contrat Avenir Naoassur emprunteur Equivalence

	Age d'éligibilité à l'adhésion*	Date de cessation des garanties	France (y compris DOM, Corse, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), Monaco et Luxembourg	Personnes non couvertes par un régime de sécurité sociale française ou la MAL
Décès	Moins de 85 ans	90 ^e anniversaire de l'assuré	✓	✓
PTIA			✓	✓
ITT/IPT			✓	sur examen du dossier par l'assureur
IPP	Moins de 65 ans	67 ^e anniversaire de l'assuré	✓	sur examen du dossier par l'assureur
IPM			✓	
Options ZEN et ZEN+ **			✓	sur examen du dossier par l'assureur

* Dans tous les cas, l'assuré doit être âgé d'au moins 18 ans lors de l'adhésion.

** Extension des garanties pour les affections du dos et psychiatriques

Annexe 2 – Fiche récapitulative des garanties

Formules	Garanties associées
Formule Essentielle	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
Formule Premium	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité permanente totale (IPT) > Invalidité permanente partielle (IPP) <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Formule Premium Médicale	<ul style="list-style-type: none"> > Décès > Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité professionnelle médicale (IPM) <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Formule à la Carte : ajoutez une ou plusieurs garanties au choix à votre Formule Essentielle (décès/PTIA)	<ul style="list-style-type: none"> > Incapacité temporaire totale (ITT) > Invalidité permanente totale (IPT) ou Invalidité professionnelle médicale (IPM)* > Invalidité permanente partielle (IPP) ** <p>Franchise pour l'ITT (au choix) : 30 jours / 60 jours / 90 jours / 180 jours</p>
Options	<ul style="list-style-type: none"> > ZEN *** > ZEN +*** > Sports à risques amateur > Sport professionnel > Extension confort

* L'IPT et l'IPM ne peuvent être souscrites ensemble.

** L'IPP ne peut être souscrite qu'en complément d'une garantie ITT et/ou IPT ; elle ne peut être souscrite avec une garantie IPM.

*** Extension des garanties pour les affections du dos et psychiatriques

L'adhérent souhaitant une assurance au titre de la perte d'emploi peut s'adresser à BPSIs qui pourra éventuellement lui proposer un contrat distinct.

Annexe 3 – Tableau des classifications professionnelles

Classes	Professions
1	> Professions libérales et cadres, sans travail manuel ⁽¹⁾ , sédentaires et/ou avec des déplacements professionnels occasionnels ⁽²⁾
2	> Professions libérales et cadres sans travail manuel ou avec un travail manuel non dangereux ⁽³⁾ et/ou avec des déplacements professionnels fréquents ; > Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans sans travail manuel ou avec un travail manuel occasionnel non dangereux, et sédentaires
3	> Salariés non cadres, enseignants, commerçants et artisans avec travail manuel dangereux ⁽⁴⁾ et/ou des manipulations dangereuses et/ou avec des déplacements professionnels fréquents
4	Professions répondant à l'un des critères suivants : > manipulation d'explosifs ou de substances toxiques ; > transport d'explosifs ou de matières dangereuses ; > travail en hauteur supérieure à 20 mètres ; > travail sur site dangereux ; > démolition ; > risques politiques ; > risques liés à des missions humanitaires ; > risques liés aux animaux sauvages ; > métiers de l'aviation, du pétrole / gaz, du nucléaire ; > chauffeurs routiers ; > guides de haute montagne ; > travail souterrain ou en galerie, travail de la mine, spéléologues ; > plongée et profession avec activité en mer, dockers ; > risques artistiques, intermittents du spectacle ; > sportifs professionnels et encadrants professionnels (en dehors des établissements scolaires ou universitaires) ; > professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaires, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers

(1) Sans travail manuel : pas de manutention, ni utilisation de machines ou outils

(2) Déplacements professionnels occasionnels : moins de 20 000 km par an en véhicule terrestre à moteur

(3) Travail manuel non dangereux : manutention de charges de plus de 3 kg mais moins de 10 kg et/ou nécessitant à titre occasionnel l'utilisation de machines ou d'outils

(4) Travail manuel dangereux : manutention de charges lourdes supérieures à 10 kg ou utilisation régulière de machines ou outils ou travail sur des postes situés en hauteur de moins de 20 mètres

Annexe 4 – Tableau récapitulatif des formalités médicales

Les prêts relais d'un montant inférieur ou égal à 300 000 euros n'entrent pas dans le calcul des formalités médicales dès lors qu'ils sont accompagnés d'un prêt amortissable.

		AGE DE L'ASSURE		
		De 18 ans à 45 ans	De 46 ans à 60 ans	Au-delà de 60 ans
CAPITAUX ASSURÉS	22 000 € à 300 000 €	Déclaration d'état de santé (DES)	Questionnaire de santé simplifié (QSS)	Rapport médical (RM)
	300 001 € à 400 000 €	Questionnaire de santé (QS)		RM - Cardio 1
	400 001 € à 500 000 €	RM - Sang 1		
	500 001 € à 750 000 €	RM - Sang 2 - Cardio 1		RM - Sang 1 - Urines - Cardio 1
	750 001 € à 1 000 000 €	RM - Sang 2	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1
	Au-delà de 1 M€, joindre un dosage pondéral de la cotinine urinaire pour bénéficier de la tarification non-fumeur. Au-delà de 1,5 M€, il est nécessaire de compléter la sélection financière.			
	1 000 001 € à 2 000 000 €	RM - Sang 2 - Urines	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA
	2 000 001 € à 3 500 000 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2		RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA ou Mammographie
	> 3 500 000 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - Mammographie	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - PSA ou Mammographie

Validité des documents et examens :

- > Déclaration d'état de santé, Questionnaire de santé et Questionnaire de santé simplifié : 6 mois *
- > Rapport médical et tout autre examen : 1 an *

* dans le cas d'un risque aggravé, de nouveaux documents ou examens peuvent être demandés.

Pour vous permettre de réaliser ces formalités dans les meilleures conditions et **sans avance de frais**, nous vous invitons à contacter un centre médical partenaire. Ainsi, l'assureur prend en charge les honoraires médicaux, et les résultats parviennent directement à notre médecin conseil. Si vous ne pouvez pas vous rendre dans l'un des centres que nous vous proposons ou si vous préférez effectuer ces formalités médicales auprès d'un praticien de votre choix, les frais

engagés vous sont facturés. L'Assureur vous rembourse les honoraires médicaux correspondants (hors frais de déplacement), dans la limite des plafonds ci-dessous. Il vous suffit d'adresser vos notes d'honoraires originales à l'adresse suivante : BPSIs – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris.

Informations importantes :

- > La compagnie Suravenir prend en charge les frais médicaux engagés par l'assuré selon la grille de formalités et dans la limite des plafonds indiqués.
- > En cas d'acceptation du risque par la compagnie aux conditions normales, les honoraires sont remboursés sous réserve de l'adhésion effective au contrat d'assurance.

Examen	Plafond de remboursement par l'Assureur, TTC	Examen	Plafond de remboursement par l'Assureur, TTC
RM	115 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 1	410 €
RM - Cardio 1	200 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2	510 €
RM - Sang 1	190 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - PSA	540 €
RM - Sang 1 - Urines - Cardio 1	300 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 2 - Mammographie	600 €
RM - Sang 2	290 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3	650 €
RM - Sang 2 - Urines	310 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - PSA	700 €
RM - Sang 2 - Cardio 1	390 €	RM - Sang 2 - Urines - Cardio 3 - Mammographie	780 €

Montants augmentés de 31 euros TTC en cas de test de cotinine

Examens :

Sang 1 : glycémie, triglycérides, cholestérol total + fraction HDL, créatinine, ALAT, ASAT, GGT, sérologie VIH 1 et 2.

Sang 2 : Sang 1 + hémogramme (hémoglobine, hématoците, numération globulaire et formule leucocytaire), numération des plaquettes et CRP, sérologie de l'hépatite C de type Elisa et marqueurs de l'hépatite B (AgHBs, AcHbs, AcHbc).

Cardio 1 : ECG au repos (tracé et compte rendu)

Cardio 2 : Cardio 1 + ECG à l'effort, sauf contre-indication, avec compte-rendu (ergométrie avec mention de la fréquence maximale atteinte).

Cardio 3 : Cardio 2 + échocardiographie avec compte-rendu.

Urines :

> Analyse des urines par laboratoire avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes).

> Dosage pondéral de la cotinine urinaire.

PSA : dosage de l'antigène spécifique de la prostate (pour les hommes uniquement).

Mammographie : compte-rendu d'une mammographie datant de moins de 6 mois (pour les femmes uniquement).

Article L113-2 du code des assurances :

L'assuré est obligé : [...]

2° de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3° de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ; [...]

Article L113-3 du code des assurances :

[...] A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Article L331-3-1 du code de la consommation :

[...] A compter de la décision déclarant la recevabilité de la demande, le délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa de l'article L113-3 du code des assurances, lorsqu'il est applicable, est porté à cent vingt jours pour les assurances ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt relevant du chapitre II du titre I^{er} du présent livre III et figurant dans l'état du passif définitivement arrêté par la commission ou le juge. Le contrat d'assurance correspondant ne peut pas être résilié pendant la période de suspension et d'interdiction des procédures d'exécution et des cessations de rémunération définie au premier alinéa du présent article. [...]

Article L113-4 du code des assurances :

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'assuré ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition. [...]

Article L113-12 du code des assurances :

[...] Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. [...]

Article L113-12-1 du code des assurances :

La résiliation unilatérale du contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle par l'assureur, dans les cas prévus au présent livre ou en application du premier alinéa de l'article L113-12, doit être motivée.

Article L113-12-2 du code des assurances :

Lorsque le contrat d'assurance a pour objet de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant restant dû au titre d'un prêt mentionné à l'article L312-2 du code de la consommation, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, l'assuré peut résilier le contrat dans un délai de douze mois à compter de la signature de l'offre de prêt définie à l'article L312-7 du même code. L'assuré notifie à l'assureur ou à son représentant sa demande de résiliation par lettre recommandée au plus tard quinze jours avant le terme de la période de douze mois susmentionnée. L'assuré notifie également à l'assureur par lettre recommandée la décision du prêteur prévue au sixième alinéa de l'article L312-9 du même code ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution par le prêteur. En cas d'acceptation par le prêteur, la résiliation du contrat d'assurance prend effet dix jours après la réception par l'assureur de la décision du prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution par le prêteur si celle-ci est postérieure. En cas de refus par le prêteur, le contrat d'assurance n'est pas résilié.

Ce droit de résiliation appartient exclusivement à l'assuré.

Pendant toute la durée du contrat d'assurance et par dérogation à l'article L113-4, l'assureur ne peut pas résilier ce contrat d'assurance pour cause d'aggravation du risque, sauf dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'Etat, résultant d'un changement de comportement volontaire de l'assuré.

Article L141-3 du code des assurances :

Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéficiaire du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

Naoassur emprunteur est une marque de BPSIs. **BPSIs** – SAS au capital de 148 424 euros, société de courtage d'assurance et de réassurance – RCS Paris 791 605 413 – N° ORIAS 13004515 – 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris.

Le Collège des Assurés : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par les articles L141-7 et R141 du code des assurances – siège social : 118, rue de Tocqueville – 75017 Paris.

Suravenir, société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital entièrement libéré de 400 000 000 euros. Société mixte régie par le code des assurances – Siren 330 033 127 RCS Brest – Siège social : 232, rue général Paultet – BP 103 – 29802 Brest cedex 9. Suravenir est une société soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (61, rue Taitbout – 75009 Paris).
