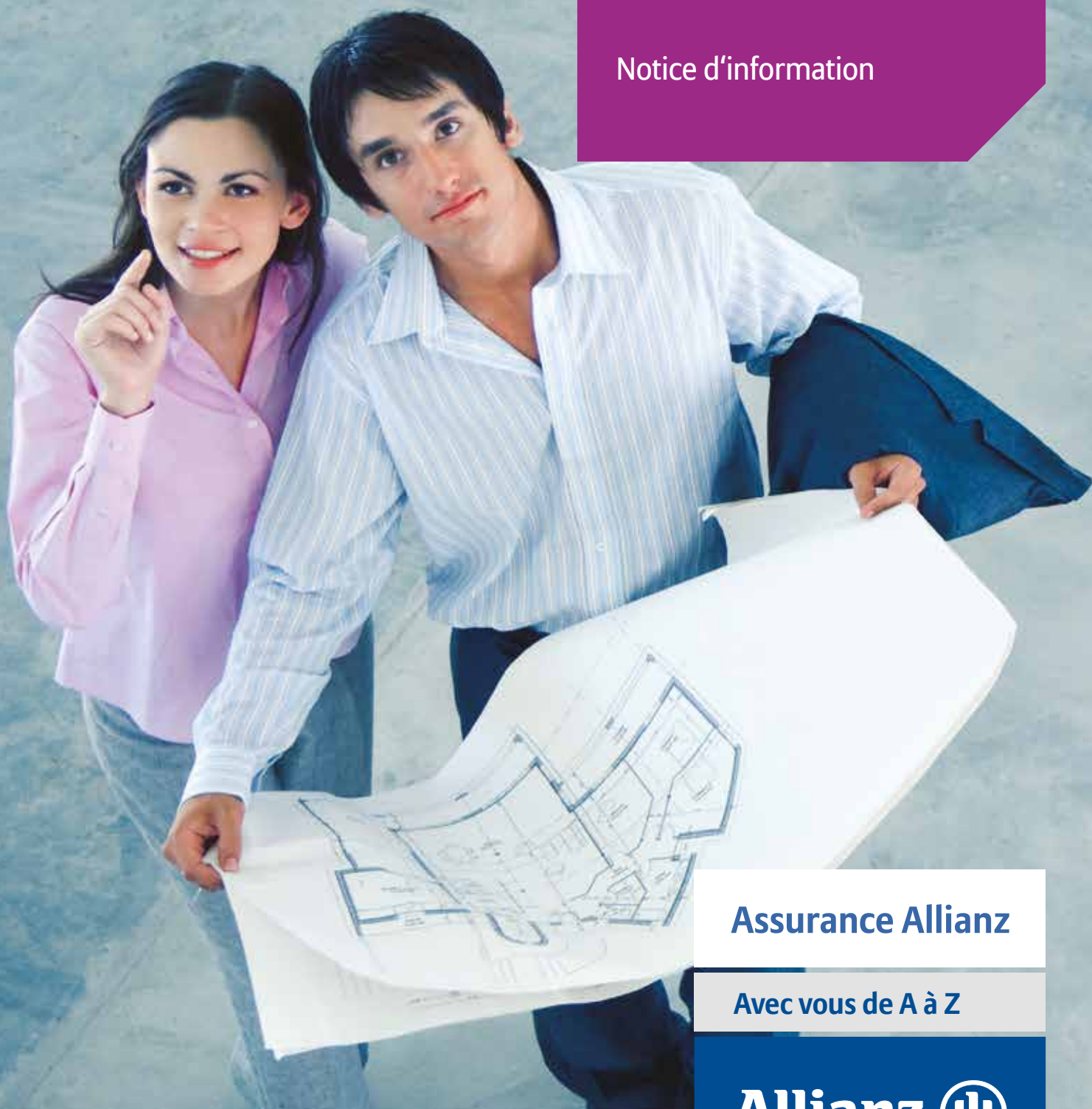


Emprunteur

Allianz Assurance Emprunteur

Référence DPP 15-241

Notice d'information



Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 


ANCRE



Important :

La Notice d'information de votre adhésion est un document juridique essentiel.

Lisez-la dès aujourd'hui et classez-la avec vos autres papiers importants. Un lexique des définitions des principales notions de ce document est à votre disposition à la fin de ce document.



1. Présentation du contrat collectif	5
1.1 Préambule	5
1.2 Objet de l'assurance	5
1.3 Conditions d'admission	6
1.3.1 L'adhérent et l'assuré	6
1.3.2 Résidence	7
1.3.3 Conditions spécifiques à l'option Perte d'emploi	7
1.4 Caractéristiques des prêts assurables	7
1.5 Territorialité des garanties et options	7
1.6 Adhésion à l'assurance	8
2. Les engagements de l'assureur	9
2.1 Limitation des garanties et options	9
2.2 Prise d'effet et durée des garanties et options	9
2.2.1 Garantie gratuite et immédiate Décès par accident	9
2.2.2 Option Couverture Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) avant la date de déblocage des fonds	9
2.2.3 Autres garanties et options	9
2.3 Bénéficiaire des prestations	10
2.3.1 Si l'adhérent est une personne physique	10
2.3.2 Si l'adhérent est une personne morale	10
2.4 Garanties de base	11
2.4.1 Garantie Décès	11
2.4.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	11
2.5 Garanties complémentaires	11
2.5.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)	11
2.5.2 Garantie Incapacité Temporaire Partielle (ITP)	12
2.5.3 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)	13
2.5.4 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)	14
2.5.5 Garantie d'Invalidité Spécifique AERAS	14
2.6 Options	14
2.6.1 Option Renfort Dos et Psy (DP)	14
2.6.2 Option Maladies Redoutées (MR)	15
2.6.3 Option Perte d'Emploi (PE)	15
2.6.4 Services d'assistance	16
2.7 Risques exclus	17
2.7.1 Exclusions pour toutes les garanties et options (sauf Maladies Redoutées)	17
2.7.2 Exclusions spécifiques	17
2.7.3 Sports pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré	18
2.7.4 Sports pratiqués à titre professionnel	19
3. Les engagements de l'assuré	20
3.1 Conséquences d'une fausse déclaration	20
3.2 Modifications en cours d'adhésion	20
3.2.1 Modification des garanties et options	20
3.2.2 Modification du contrat de prêt	20
3.2.3 Modification des données relatives à l'adhérent ou à l'assuré	20
3.3 Règlement des prestations garanties	20
3.3.1 Délai - déclaration - déchéance	21
3.3.2 Pièces justificatives	21
3.3.3 Compléments d'information	22
3.4 Contrôle médical – Arbitrage	22
3.4.1 Contrôle	22
3.4.2 Arbitrage	22



4. Le fonctionnement de l'adhésion	23
4.1 Cotisations	23
4.2 Exonération du paiement des cotisations	23
4.3 Cessation de l'adhésion	24
4.4 Service e-courrier	24
4.5 Les dispositions légales	26
4.5.1 Informatique et Libertés	26
4.5.2 Faculté de renonciation	26
4.5.3 Substitution d'assurance	26
4.5.4 Réclamation	27
4.5.5 Prescription	27
4.5.6 Autorité de contrôle	28
4.5.7 Participation aux bénéfices techniques et financiers	28
5. Services d'assistance de l'option Perte d'Emploi	29
5.1 Mise en œuvre des services d'assistance	29
5.2 Définitions	29
5.3 Peps' Emploi	29
5.4 Aide au Retour à l'Emploi	30
5.4.1 Mise en œuvre de l'Aide au Retour à l'Emploi	30
5.4.2 Prestations prévues	30
5.4.3 Service supplémentaire pour les résidents en France Métropolitaine	31
5.5 Dispositions générales	32
Annexe – Lexique	33



1. Présentation du contrat collectif

1.1 Préambule

Allianz Assurance Emprunteur est un contrat collectif à adhésion facultative établi sous le n° 5358, régi par le Code des assurances, souscrit auprès d'**Allianz Vie et Allianz IARD** – dénommées « l'assureur », par l'**ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE (ANCRE)** association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901, 48 rue de Provence, 75009 PARIS, dénommée « l'association contractante », au profit de ses adhérents.

L'ANCRE a pour objet :

- de susciter et de développer, parmi ses adhérents, le sens de l'épargne et de la prévoyance, et plus généralement de toutes les formes de garanties des risques de la vie,
- d'étudier les diverses possibilités de constitution volontaire de régimes de complément de retraite, de régimes d'épargne ou de prévoyance,
- de permettre la mise en œuvre de ces régimes notamment en souscrivant à l'intention de ses adhérents les contrats de capitalisation ou les contrats d'assurance de groupe correspondants,
- de représenter ses adhérents dans le cadre des contrats d'assurance de groupe qu'elle a souscrits et de défendre leurs intérêts auprès de tout organisme intervenant et des pouvoirs publics,
- d'informer ses adhérents de l'évolution de ces divers régimes,
- de participer à toute action, association, fondation ayant un objet en rapport avec celui de l'association.

Le contrat collectif à adhésion facultative Allianz Assurance Emprunteur est régi par le droit français et est réservé aux seuls membres de l'association ANCRE à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Le contrat collectif d'assurance prend effet le 1^{er} juillet 2013 et dure jusqu'au 31 décembre 2013. Il se renouvelle ensuite annuellement, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction. Le contrat peut chaque année être résilié au 31 décembre par l'assureur ou l'association contractante moyennant un **préavis de 6 mois**.

- En cas de modification du contrat collectif portant sur les droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances, par l'Association Contractante dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Suite à ces modifications, les adhérents qui le souhaitent peuvent résilier leur adhésion.
- En cas de **résiliation du contrat collectif**, les adhérents en seront informés au minimum dans un délai de 3 mois avant la date d'effet de cette dernière c'est-à-dire au plus tard le 30 septembre précédent et continueront à bénéficier des garanties et options souscrites jusqu'à la date de cessation de leur adhésion. La gestion des adhésions en cours se poursuivra chez l'assureur conformément aux dernières dispositions en vigueur et les adhérents resteront adhérents de l'ANCRE.
- Conformément à l'article L. 141-6 du Code des assurances, en cas de **dissolution ou de liquidation de l'association ANCRE**, le contrat se poursuit de plein droit entre l'assureur et les personnes antérieurement adhérentes au contrat collectif.

Les caractéristiques et le fonctionnement du contrat Allianz Assurance Emprunteur sont définis dans la présente Notice d'information.

1.2 Objet de l'assurance

Le présent contrat, a pour objet de garantir les assurés, selon le regroupement de garanties choisi :

- Choix 1 - le remboursement de tout ou partie d'un prêt, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- Choix 2 - le remboursement de tout ou partie d'un prêt, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale.
- Choix 3 - le remboursement de tout ou partie d'un prêt, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale ainsi que le versement de prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, par suite de maladie ou d'accident.

A l'un de ces choix possibles, l'adhérent peut ajouter les garanties et options suivantes :

- Garantie Incapacité Temporaire Partielle (ITP) : garantie possible en cas de choix 3.
- Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) : garantie possible en cas de choix 2 ou 3.
- Option Renfort Dos et Psy (DP) : option possible en cas de choix 2 ou 3.
- Option Maladies Redoutées (MR) : option possible quel que soit le choix effectué.
- Option Perte d'Emploi (PE) : option possible quel que soit le choix effectué.
- Option Couverture immédiate en cas de Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avant déblocage des fonds (Couverture Décès-PTIA avant déblocage des fonds) : option possible quel que soit le choix effectué.



Le tableau ci-dessous met en évidence les combinaisons de garanties et d'options que l'adhérent peut choisir au moment de son adhésion :

Choix	Choix 1 DC-PTIA Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Choix 2 DC-PTIA-IPT Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – Invalidité Permanente Totale	Choix 3 DC-PTIA-IPT-ITT Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie – Invalidité Permanente Totale – Incapacité Temporaire Totale de travail
Garanties et options			
Garanties de base			
• Garantie Décès	■	■	■
• Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	■	■	■
Garanties complémentaires			
• Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)		☑	☑
• Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)		☐	☐
• Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)			☑
• Garantie Incapacité Temporaire Partielle (ITP)			☐
Options			
• Renfort Dos et Psy		☐	☐
• Maladies Redoutées	☐	☐	☐
• Perte d'Emploi	☐	☐	☐
• Couverture Décès-PTIA avant déblocage des fonds	☐	☐	☐

Légende

■ : Garanties obligatoirement incluses quel que soit le choix de l'adhérent (1, 2 ou 3)

☑ : Garantie(s) complémentaire(s) obligatoirement incluse(s) lorsque l'adhérent opte pour le choix 2 ou 3

☐ : Garantie(s) complémentaire(s) et option(s) facultative(s), au choix de l'adhérent à l'adhésion

Le choix des garanties et options se fait lors de la demande d'adhésion et est définitif sous réserve des dispositions de l'article 3.2.

L'ensemble de ces garanties et options est assuré par Allianz Vie (branches 20 « vie-décès », branche 1 « accident » et branche 2 « maladie »), à l'exception de l'option Perte d'Emploi qui est assurée par Allianz IARD (branche 16 « pertes pécuniaires diverses »).

1.3 Conditions d'admission

1.3.1 L'adhérent et l'assuré

L'adhérent

Peut adhérer au présent contrat toute personne physique ou morale ayant obtenu un prêt en tant qu'emprunteur ou co-emprunteur.

Si l'emprunteur est une personne morale, peut être assurée en tant que dirigeant ou homme-clé, toute personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de la personne morale emprunteuse.

L'assuré

Peuvent bénéficier du choix 1 les personnes n'ayant pas atteint leur 81^e anniversaire à la date de demande d'adhésion. Les personnes ayant atteint leur 70^e anniversaire seront garanties uniquement pour le décès.

Peuvent bénéficier des choix 2 et 3 les personnes n'ayant pas atteint leur 66^e anniversaire à la date de demande d'adhésion.

La garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) décrite à l'article 2.5.4, la garantie Incapacité Temporaire Partielle (ITP) décrite à l'article 2.5.2 et l'option Renfort Dos et Psy (DP) décrite à l'article 2.6.1 peuvent être choisies par les personnes n'ayant pas atteint leur 66^e anniversaire à la date de demande d'adhésion.

L'option Maladies Redoutées (MR) décrite à l'article 2.6.2 peut être choisie par les personnes n'ayant pas atteint leur 75^e anniversaire à la date de demande d'adhésion.



1.3.2 Résidence

Sont admissibles à l'assurance les personnes physiques dont la résidence principale est située en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer⁽¹⁾ ou dans les collectivités d'outre-mer⁽²⁾ ou à Monaco.

Si l'emprunteur est une personne morale, son siège social ou son établissement doit être situé en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer⁽¹⁾ ou dans les collectivités d'outre-mer⁽²⁾ ou à Monaco.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer⁽¹⁾ ou dans les collectivités d'outre-mer⁽²⁾ ou à Monaco.

1.3.3 Conditions spécifiques à l'option Perte d'emploi

Personnes assurables

Cette option s'adresse aux salariés en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) hors période d'essai ou aux Travailleurs Non Salariés (TNS hors conjoints collaborateurs) qui ont débuté leur activité professionnelle depuis au moins un an. Les TNS sont les artisans, commerçants, agriculteurs exploitants, professions libérales, gérants majoritaires de SARL ou EURL non titulaires d'un contrat de travail et percevant pour cette activité au moins 75 % de leurs revenus.

Les personnes à assurer ne doivent pas avoir atteint leur 64^e anniversaire à la date de demande d'adhésion pour bénéficier de cette option. L'option Perte d'emploi ne peut être choisie qu'au moment de l'adhésion.

Prêts assurables

Les prêts assurables au titre de cette option sont les prêts immobiliers amortissables uniquement, et souscrits à titre privé.

1.4 Caractéristiques des prêts assurables

Sont assurables les prêts libellés en euros⁽³⁾, rédigés en français et souscrits auprès d'un établissement de crédit dûment habilité à exercer son activité en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, amortissables ou non amortissables (relais et in fine), destinés à l'achat de biens mobiliers ou immobiliers, à usage privé ou professionnel. Le montant du prêt assuré doit s'élever au minimum à 17.000 €. Cependant, un prêt assuré d'un montant inférieur mais d'au moins 1.000 € est assurable dans ce contrat sous réserve qu'il soit adossé à un prêt assuré d'au moins 17.000 € lors de la même demande d'adhésion.

La durée des prêts, y compris la période de différé et les reports d'échéances, ne peut pas être supérieure à 35 ans (420 mois).

Sous réserve des conditions d'admission et d'adhésion prévues aux articles 1.3 et 1.6, l'assureur accepte d'assurer des prêts en cours dans les conditions suivantes :

- la durée restante du prêt au moment de l'adhésion doit être au minimum de 8 ans,
- le contrat initial n'est pas un contrat assuré par Allianz.

1.5 Territorialité des garanties et options

Voyages et séjours à l'étranger

Le risque de Décès est couvert dans le monde entier, sous réserve que la preuve du décès soit fournie au moyen d'un certificat établi par la représentation française (consulat ou ambassade) dans le pays concerné.

Les risques de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale de travail, d'Invalidité Permanente Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité Spécifique AERAS sont également couverts dans le monde entier, sous réserve que leur constat soit établi au moyen de documents émanant de l'autorité médicale locale, visés par le médecin attaché à la représentation française du lieu, et sous réserve de la possibilité de contrôle de l'assureur dans les conditions prévues au titre de l'article 3.4 « Contrôle médical – Arbitrage ».

A défaut de documents spécifiques visés ci-avant permettant de justifier l'état de santé de l'assuré, les garanties et options seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au jour du retour en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, dans un pays de l'Union Européenne ou un pays limitrophe de la France métropolitaine.

Les documents spécifiques visés ci-dessus ne seront pas exigés pour tous les séjours dans les pays de l'Union Européenne ou les pays limitrophes de la France métropolitaine.

1 Départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte.

2 Collectivités d'outre-mer : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

3 ou en francs pacifiques.



1.6 Adhésion à l'assurance

L'adhérent et/ou l'assuré doit :

- remplir et signer la demande d'adhésion,
- transmettre une autorisation de prélèvement ou un mandat SEPA et les coordonnées bancaires (RIB ou RICE ou RIP),
- justifier de son état de santé et se soumettre aux formalités médicales et non médicales fixées par l'assureur, financières si nécessaire.

L'assureur peut demander tout complément d'information nécessaire à l'étude du dossier d'adhésion.

Il peut accepter l'adhésion à des conditions particulières de garantie et/ou de tarif ou la refuser. Ces décisions sont notifiées à l'adhérent et/ou l'assuré. Ce dernier doit donner son accord sur les conditions particulières proposées par l'assureur en les retournant signées dans un délai maximal de 4 mois suivant leur date d'envoi. A défaut de réception de l'accord écrit par l'assureur dans ce délai, l'adhésion est réputée refusée.

Les frais occasionnés par les formalités médicales contractuelles demandées par l'assureur sont pris en charge par l'assureur. Ceux occasionnés par d'éventuelles demandes d'informations complémentaires de l'assureur sont à la charge de la personne à assurer. Si la personne à assurer adhère au contrat, ces frais lui seront remboursés.

Date de conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue à la date d'édition du certificat d'adhésion ou de signature du bon pour accord en cas de conditions particulières d'acceptation.

Durée de l'adhésion et date d'échéance principale

L'adhésion prend effet pour une première période allant jusqu'à la date prévue de déblocage des fonds indiquée dans le certificat d'adhésion, qui correspond à l'échéance principale de l'adhésion.

Par exception, pour la garantie des prêts en cours, la date d'échéance principale correspond à la date d'édition du certificat d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance principale pour une durée d'un an jusqu'à extinction du prêt ou des garanties sauf en cas de résiliation à l'échéance principale dans les conditions prévues à l'article 4.3.

Convention AERAS

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), signée le 6 juillet 2006 et modifiée par avenant le 1^{er} février 2011 et le 2 septembre 2015, contenues dans le dépliant remis préalablement à la demande d'adhésion.

Ces dispositions sont disponibles sur le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

• Droit à l'oubli

Le « droit à l'oubli » permet aux anciens malades du cancer, sous certaines conditions médicales et relatives à la demande d'assurance, de ne plus avoir à le déclarer lors de l'adhésion au contrat. Si le cancer a été déclaré sur le questionnaire d'état de santé, alors que toutes les conditions sont remplies pour bénéficier du « droit à l'oubli », l'assureur ne tiendra pas compte de ces informations médicales.

Les conditions permettant de bénéficier du droit à l'oubli, qui sont susceptibles d'évoluer en fonction des progrès médicaux, sont cumulatives et définies dans le questionnaire médical simplifié ainsi que le questionnaire d'état de santé.

• Grille de référence

Une grille de référence diffusée sur le site officiel de la convention AERAS permettra de rapprocher du tarif normal les personnes souffrant ou ayant souffert de certaines pathologies cancéreuses et autres pathologies notamment chroniques. Cette liste sera actualisée au rythme des progrès thérapeutiques et de la disponibilité des données de santé.

• Garantie Invalidité Spécifique

Si la garantie Invalidité Permanente Totale ne peut être accordée à la personne à assurer ou si elle est acceptée avec exclusion, l'assureur lui proposera, lorsque cela sera possible, la garantie d'Invalidité Spécifique AERAS (GIS) définie en fonction du taux d'invalidité fixé par la convention AERAS et apprécié par référence au barème annexé au Code des pensions civiles et militaires.

• Limitation des surprimes

Les emprunteurs aux revenus modestes peuvent bénéficier, sous conditions, du dispositif de limitation des surprimes d'assurance pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels. Ce dispositif est décrit dans le dépliant précité et est rappelé dans les conditions particulières adressées à l'assuré.



2. Les engagements de l'assureur

2.1 Limitation des garanties et options

Les garanties sont plafonnées en montant en fonction du choix souscrit, sauf pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui ne sont pas plafonnées. L'adhérent peut donc choisir dans tous les cas une quotité de 100 % pour ces deux garanties, sous réserve de l'acceptation des risques par l'assureur.

Toutes les garanties et options Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle (ITP), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Maladies redoutées (MR) sont limitées à 1.600.000 €.

Toutefois, dans le cas de la souscription du choix 2 sans l'adjonction de la garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou de l'option Maladies Redoutées (MR), la limitation de la garantie Invalidité Permanente Totale est portée à 6.000.000 €.

En cas de souscription de l'option Perte d'Emploi, l'adhérent doit choisir sa quotité d'assurance pour cette option en fonction du montant des échéances de son ou ses prêts, l'indemnisation maximum possible étant de 2.000 € par mois tous prêts confondus (cf. article 2.6.3).

Dans tous les cas de figure, si le demandeur est déjà garanti par l'assureur par le présent contrat Allianz Assurance Emprunteur ou par un contrat individuel ou collectif à adhésion facultative assuré par Allianz, au titre d'un ou plusieurs prêts en cours, il convient de déduire des montants maximum indiqués ci-dessus le montant du capital restant dû compte tenu de la quotité assurée pour chaque prêt en cours à la date de la nouvelle demande d'adhésion au contrat.

En cas de pluralité d'assurés pour un même prêt, l'engagement de l'assureur est limité au montant des prestations dues au prêteur pour un assuré avec quotité assurée à 100 %.

2.2 Prise d'effet et durée des garanties et options

2.2.1 Garantie gratuite et immédiate Décès par accident

Une garantie en cas de Décès par accident est acquise gratuitement pendant au maximum soixante jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion sous réserve que celle-ci soit parvenue à l'assureur avant la date de survenance de l'accident.

Cette garantie est fixée au montant à assurer dans la limite de 300.000 € par adhérent, quel que soit le nombre de prêts faisant l'objet de la ou des demandes d'adhésion à l'assurance.

Elle cesse :

- Lorsque l'adhérent et/ou la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de demande d'informations complémentaires de l'assureur.
- Au jour du refus par l'assureur d'accorder sa garantie.
- Au jour du refus par l'adhérent d'accepter les conditions d'adhésion.
- À la date de conclusion de l'adhésion.
- Au plus tard 60 jours après la signature de la demande d'adhésion.

2.2.2 Option Couverture Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) avant la date de déblocage des fonds

Si l'adhérent choisit cette option, elle prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation à la date de conclusion de l'adhésion.

Elle cesse à la date de déblocage des fonds.

2.2.3 Autres garanties et options

Les garanties et options prennent effet à la date prévisionnelle de déblocage des fonds mentionnée sur le certificat d'adhésion sous réserve du déblocage effectif des fonds et du paiement de la première cotisation.

Par exception et pour la garantie des prêts en cours, les garanties et options prennent effet sous réserve du paiement de la première cotisation d'assurance à la date de conclusion de l'adhésion.



2.3 Bénéficiaire des prestations

2.3.1 Si l'adhérent est une personne physique

1 Après le déblocage des fonds

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme prêteur, bénéficiaire acceptant, dans la limite des sommes restant dues par l'adhérent au jour du sinistre.

Le solde éventuel sera versé :

a pour la garantie Décès :

Le solde éventuel en cas de décès est versé, sauf désignation particulière, selon la clause type suivante :

au conjoint non séparé de corps de l'assuré, à défaut les enfants nés ou à naître de l'assuré, par parts égales entre eux, celle du prédécédé revenant à ses descendants, à défaut de descendants aux survivants desdits enfants, à défaut aux héritiers de l'assuré.

A tout moment l'adhérent peut modifier la désignation ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix, lors de l'adhésion au présent contrat ou ultérieurement par acte sous seing privé (écrit rédigé et signé entre les parties, sans l'intervention d'un officier ministériel) ou par acte authentique (acte qui fait intervenir une personne spécialement habilitée par la loi, un notaire par exemple).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'assureur, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque l'adhérent désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit indiquer dans la clause leurs noms, prénoms, dates de naissance, lieux de naissance, noms de jeune fille et coordonnées. Ces informations, utilisées par l'assureur en cas de décès, sont nécessaires pour faciliter la recherche du(des) bénéficiaire(s).

La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article L. 132-9 du Code des assurances : elle ne peut intervenir qu'avec l'accord de l'adhérent. L'acceptation peut intervenir par voie d'avenant à l'adhésion (signé par l'adhérent, le bénéficiaire et l'assureur). Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé (signé par l'adhérent et par le bénéficiaire) et devra être notifiée à l'assureur pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation prévue par la clause type est applicable.

b pour les autres garanties et options :

Le solde éventuel est versé à l'adhérent.

2 Avant le déblocage des fonds

- Pour la garantie décès accidentel ou l'option de Couverture Décès avant déblocage des fonds : la prestation est versée selon les dispositions décrites au 1 a) ci-dessus.
- Pour l'option de Couverture PTIA avant déblocage des fonds : la prestation est versée à l'adhérent.

3 Revalorisation des capitaux décès et dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations

Les capitaux décès réglés à des personnes physiques sont revalorisés selon les conditions fixées à l'article L. 132.5 du Code des assurances dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Conformément à l'Article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) de ce transfert par tout moyen.

Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

2.3.2 Si l'adhérent est une personne morale

Le bénéficiaire des prestations est l'organisme Prêteur, bénéficiaire acceptant, dans la limite des sommes restant dues par l'adhérent au jour du sinistre.

Le solde éventuel après déblocage des fonds et les prestations avant déblocage des fonds seront versés à l'adhérent.



2.4 Garanties de base

2.4.1 Garantie Décès

En cas de Décès de l'assuré avant l'échéance principale qui suit son 85^e anniversaire, l'assureur verse, à concurrence de la quotité assurée pour cette garantie le montant suivant :

- Le capital restant dû à l'organisme Prêteur au jour du décès, tel qu'il figure sur le tableau d'amortissement transmis à l'assureur qui sert au calcul des cotisations.
- Les intérêts courus depuis l'échéance précédente jusqu'au jour du décès.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus à la date du décès ne seront pas pris en compte.

Lorsque le décès survient après le 1^{er} déblocage des fonds et au cours de la période initiale de différé d'amortissement ou avant le déblocage total du montant du prêt, l'assureur verse, à concurrence de la quotité assurée, le montant initial du prêt augmenté des intérêts dus à l'organisme Prêteur à la date du décès.

Lorsque l'option de Couverture Décès - PTIA avant déblocage des fonds a été souscrite et que le décès survient avant déblocage des fonds, le montant versé par l'assureur est égal au capital assuré.

2.4.2 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré qui, avant l'échéance principale qui suit son 70^e anniversaire, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à la date d'effet des garanties, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité lui procurant gain ou profit et doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les activités de la vie courante.

L'assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie au jour fixé par le médecin expert désigné par l'assureur. Cette date ne peut être antérieure de plus de 6 mois à la date de demande de mise en jeu de la garantie.

Sera automatiquement considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie l'assuré de moins de 67 ans, ayant une activité salariée, dès lors qu'il sera classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de la 3^e catégorie ou si une rente accident du travail avec majoration pour assistance d'une tierce personne lui est attribuée sous réserve que la maladie ou l'accident soit survenu postérieurement à la date d'effet des garanties sauf si la maladie ou l'accident a été déclaré à l'assureur à l'adhésion et n'a pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie.

L'assuré est réputé atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date fixée sur la notification adressée par la Sécurité sociale.

L'assureur verse par anticipation le montant du capital prévu en cas de Décès calculé à la date de la reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'adhésion prend fin au versement par anticipation du capital décès.

2.5 Garanties complémentaires

2.5.1 Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT)

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 2.1 « Limitation des garanties », et si l'assuré bénéficie du choix 3, lorsque, par suite de maladie ou d'accident, l'assuré est dans l'incapacité totale et continue d'exercer son activité professionnelle avant l'échéance principale qui suit son 67^e anniversaire, l'assureur prend en charge les échéances du prêt mentionnées sur le tableau d'amortissement qui sert au calcul des cotisations à concurrence de la quotité assurée au titre de cette garantie et au prorata du nombre de jours correspondant à l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

La prise en charge intervient à l'expiration du délai de **franchise de 90 jours** et tant que l'Incapacité Temporaire Totale de travail est médicalement justifiée et reconnue par l'assureur. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail. La prise en charge correspond au nombre de jours d'Incapacité Temporaire Totale de travail. **La durée maximum de prise en charge par l'assureur est de 1005 jours consécutifs** au titre de la même Incapacité Temporaire Totale de travail. A la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré telle que prévue à l'article 2.5.3 et lorsque les conditions sont remplies, l'indemnisation est poursuivie dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale ou éventuellement de la garantie Invalidité Permanente Partielle.

Pour bénéficier des prestations, l'assuré doit à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- être couvert au titre de cette garantie,
- si l'assuré exerce une activité : exercer une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée, ou être conjoint collaborateur d'artisan, de commerçant ou de personne exerçant toute autre profession libérale et apporter une collaboration effective et régulière à l'emprunteur principal dans le cadre de son activité professionnelle,
- ou être en recherche d'emploi et bénéficier à ce titre d'allocations par Pôle Emploi ou organismes assimilés, puis être reconnu par la Sécurité sociale en arrêt de travail et percevoir des indemnités journalières,



- ou être Travailleur Non Salarié en activité au moment du sinistre ou Travailleur Non Salarié ayant fait l'objet d'une liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours (à partir de la date de jugement prononçant la liquidation judiciaire),
- ou si l'assuré n'exerce pas d'activité professionnelle au moment du sinistre et s'il bénéficie du choix 3, être en Incapacité Temporaire Totale ; il est considéré en Incapacité Temporaire Totale de travail si son incapacité à exercer ses activités habituelles non professionnelles est reconnue médicalement. Dans ce cas, l'assuré doit produire un certificat médical conformément à l'article 3.3.2 de la présente notice.

Cas des prêts avec différé

Lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail survient pendant une période de différé total, aucune prestation n'est due par l'assureur pendant cette période. Si le différé est partiel, les prestations sont limitées aux seules échéances d'intérêts. Pour les prêts non amortissables (prêts relais et in fine), l'assureur prend en charge, s'il y a lieu, les échéances d'intérêts, à l'exclusion du montant du prêt en principal compris dans la dernière échéance.

Cas des augmentations d'échéances

L'assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'adhérent pendant l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré ou moins de 90 jours avant la date de l'arrêt de travail. Si l'augmentation d'échéance survient avant l'expiration du délai de 90 jours, l'assureur indemnise sur la base du tableau d'amortissement précédent pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sous réserve de remplir les conditions ouvrant droit à prestations.

Cas des rechutes ou arrêts multiples

En cas de rechute dans les 60 jours suivant la fin de la période d'Incapacité Temporaire Totale de travail, diagnostiquée médicalement comme provenant de la même cause, il n'y a pas de nouvelle application de la franchise et le nombre d'indemnités déjà versées au titre de cette incapacité est décompté du maximum possible (1005 jours).

Dans les autres cas (rechute après 60 jours ou nouvel accident/maladie), le délai de franchise de 90 jours sera de nouveau appliqué.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités dus au Prêteur ne seront pas pris en compte.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail cessent :

- Le jour de la reprise d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel, y compris en mi-temps thérapeutique.
- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de travail sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- A l'expiration de la durée d'incapacité indiquée sur le certificat médical visé au paragraphe 3.3.2 pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.
- Au plus tard à la date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard dans un délai de 1095 jours après la date de début de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

La garantie Incapacité Temporaire Totale de travail cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard à la date d'échéance principale suivant le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

2.5.2 Garantie Incapacité Temporaire Partielle (ITP)

En cas de reprise de l'activité professionnelle à temps partiel (mi-temps thérapeutique défini au lexique), après une période d'indemnisation en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'assureur indemnise sur la base de 50 % des prestations prévues en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail dans la limite de 180 jours de prise en charge maximum.

Les prestations versées en cas d'Incapacité Temporaire Partielle cessent :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Incapacité Temporaire Partielle sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Au plus tard à la date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- A la fin du mi-temps thérapeutique et au plus tard après 180 jours de prise en charge maximum.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.



La garantie Incapacité Temporaire Partielle cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard à la date d'échéance principale suivant le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au jour de la prise en charge au titre de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

2.5.3 Garantie Invalidité Permanente Totale (IPT)

L'assuré est garanti en Invalidité Permanente Totale s'il bénéficie du choix 2 ou 3.

La garantie Invalidité Permanente Totale ne peut être mise en jeu qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

La consolidation est le moment à partir duquel il n'est plus possible d'attendre une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de l'assuré. Lorsque l'affection est consolidée, et au plus tard dans un délai de 1095 jours à compter de la date de début d'arrêt de travail, le médecin désigné par l'assureur détermine un taux d'incapacité fonctionnelle ainsi qu'un taux d'incapacité professionnelle, afin de calculer le taux d'invalidité en résultant par application du tableau ci-dessous.

L'incapacité fonctionnelle sera établie de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, en se basant uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

L'incapacité professionnelle sera appréciée de 0 à 100 % en tenant compte de l'incidence du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Le taux d'incapacité professionnelle fixé tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux « n » d'invalidité est déterminé en fonction du taux d'incapacité professionnelle et du taux d'incapacité fonctionnelle fixés par le médecin de l'assureur.

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

L'assuré est reconnu en Invalidité Permanente Totale si son taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % à la date de consolidation.

Cas particulier de l'assuré qui n'exerçait pas d'activité professionnelle au jour de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

Dans ce cas, le taux d'invalidité est apprécié en fonction de la seule incapacité fonctionnelle. L'assuré est reconnu en Invalidité Permanente Totale si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 66 % à la date de consolidation.

Prestations

En cas d'Invalidité Permanente Totale, l'assureur verse le capital restant dû calculé à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale affecté de la quotité assurée pour cette garantie et dans la limite des plafonds prévus à l'article 2.1.

La date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente Totale est fixée par le médecin expert désigné par l'assureur sans que cette date puisse être antérieure de plus de 6 mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de cette garantie.

La garantie Invalidité Permanente Totale cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle et au plus tard à la date de l'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.



En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale, l'assuré reste couvert pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et continue à payer les cotisations correspondantes s'il existe un reliquat de capital restant dû toujours assuré pour ces deux garanties.

2.5.4 Garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP)

La garantie Invalidité Permanente Partielle ne peut être mise en jeu que si l'assuré a choisi cette garantie complémentaire facultative à l'adhésion et qu'à partir de la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

Après détermination du taux d'invalidité dans les conditions fixées à l'article 2.5.3, si ce taux est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, l'assureur prend en charge 50 % des échéances affectées de la quotité assurée pour cette garantie et dans la limite des plafonds prévus à l'article 2.1.

Les prestations versées en cas d'Invalidité Permanente Partielle cessent :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle, sauf en cas de mise à la retraite pour inaptitude. Dans ce cas, l'assureur continue la prise en charge de l'Invalidité Permanente Partielle sous réserve que l'assuré continue à remplir les autres conditions prévues par le contrat.
- Au plus tard à la date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- En cas de mise en jeu de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Si le degré d'invalidité devient inférieur à 33 %.
- Au plus tard à la date de consolidation prévue dans le cadre de la garantie Invalidité Permanente Totale.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

La garantie Invalidité Permanente Partielle cesse :

- Le jour où l'assuré liquide ses droits à la retraite et au plus tard à la date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

2.5.5 Garantie d'Invalidité Spécifique AERAS

La garantie d'Invalidité Spécifique est octroyée si elle est indiquée dans les conditions particulières proposées par l'assureur et si l'adhérent et/ou l'assuré les a acceptées.

L'assuré peut demander la mise en œuvre de cette garantie :

- si son état de santé est consolidé ;
- si son taux d'incapacité fonctionnelle est supérieur ou égal à 70% tel que repris dans les conditions particulières,
- et s'il fournit un justificatif d'un titre de pension d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d'une notification d'inaptitude totale à l'exercice de la profession pour les non salariés.

La prestation est versée à compter du jour où ces trois conditions sont satisfaites et selon les dispositions indiquées à l'article 2.5.3 (Invalidité Permanente Totale) à l'exception du calcul du taux d'invalidité déterminé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle apprécié par référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires. En cas de poly-pathologies, la cotation est additive.

En cas de mise en jeu de la garantie d'Invalidité Spécifique AERAS, l'assuré reste couvert pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et continue à payer les cotisations correspondantes s'il existe un reliquat de capital restant dû toujours assuré pour ces deux garanties.

2.6 Options

2.6.1 Option Renfort Dos et Psy (DP)

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et uniquement en complément des choix 2 et 3 pour les garanties Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle de travail (ITP), et non en cours d'adhésion.

Si l'assuré bénéficie de cette option, les pathologies ci-dessous sont garanties sans condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale ou de mise sous tutelle ou curatelle, sous réserve cependant des éventuelles exclusions notifiées par l'assureur à l'assuré au moment de l'adhésion :

- Atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques.
- Dépression ou syndrome anxio-dépressif ou syndrome de fatigue chronique ou fibromyalgie ou affection psychiatrique, neuro-psychiatrique.

La prise en charge est effectuée selon les modalités propres à chaque garantie dont bénéficie l'assuré (IPT, IPP, ITT, ITP).



2.6.2 Option Maladies Redoutées (MR)

Cette option peut être mise en jeu au plus tard avant l'échéance principale qui suit le 75^e anniversaire de l'assuré. Dans ce cas, l'assureur verse le capital restant dû calculé à la date de reconnaissance de la maladie, affecté de la quotité assurée pour cette option et dans la limite du plafond indiqué à l'article 2.1.

Cette option ne peut être demandée qu'au moment de l'adhésion et non en cours d'adhésion.

Si l'assuré bénéficie de cette option, les maladies garanties sont les suivantes :

- Cancers : Tumeurs malignes (y compris les mélanomes), à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo, **à l'exception des cancers de la peau spinocellulaires et basocellulaires,**
- Leucémies y compris la leucémie myéloïde chronique, **à l'exception de la leucémie lymphoïde chronique, des autres syndromes myéloprolifératifs et des syndromes myélodysplasiques,**
- Lymphomes Hodgkiniens ou non Hodgkiniens de stade III et IV uniquement,
- Accidents vasculaires cérébraux avec séquelles neurologiques : hémiparésie, paraplégie, tétraplégie, persistantes au-delà de 365 jours. Si l'état est stabilisé avant 365 jours sur le plan moteur, la maladie pourra être reconnue à partir de 8 mois, **à l'exception des accidents ischémiques transitoires et des syndromes vertébraux « basilaires »,**
- Insuffisances rénales terminales traitées par hémodialyse, dialyse péritonéale ou par transplantation,
- Maladie de Parkinson avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien, **à l'exception des syndromes de Parkinson consécutifs à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes »),**
- Infarctus du Myocarde avec altération de la fonction du ventricule gauche (FEVG : Fraction d'Ejection du Ventricule Gauche < 40%),
- Maladie d'Alzheimer, diagnostiquée par un neurologue, avec le résultat à un test MMS (Mini Mental Score) inférieur ou égal à 20,
- Greffes d'organes principaux : rein, cœur, foie, poumons, moelle osseuse par hétérogreffe (c'est-à-dire prélevée chez un autre individu),
- Sclérose en plaques avec un score EDSS supérieur ou égal à 5.

Ne sont pas garanties les maladies dont l'assuré a été atteint avant la date d'adhésion ou dont les premières manifestations ont eu lieu avant la date d'adhésion, quel qu'en soit le stade ou la gravité, qu'elles aient ou non été déclarées à l'assureur, ainsi que les complications de ces maladies et/ou leur rechute.

La date de reconnaissance de la maladie est fixée par le médecin conseil de l'assureur sans que cette date puisse être antérieure de plus de 6 mois à la date à laquelle a été demandée la mise en jeu de cette option.

En cas de mise en jeu de l'option Maladies Redoutées, l'assuré reste couvert pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et continue à payer les cotisations correspondantes s'il existe un reliquat de capital restant dû toujours assuré pour ces deux garanties.

2.6.3 Option Perte d'Emploi (PE)

Fait générateur

Peut demander la mise en jeu de l'option :

- soit un assuré salarié en CDI **licencié avant son 67^e anniversaire** qui justifie être à la recherche effective et permanente d'un emploi en étant inscrit comme demandeur d'emploi et qui perçoit l'allocation versée par l'Assurance Chômage (Pôle Emploi ou un organisme équivalent),
- soit un Travailleur Non Salarié ayant fait l'objet d'une liquidation judiciaire depuis moins de 1095 jours (à partir de la date de jugement prononçant la liquidation judiciaire).

Prestations

L'assureur prend en charge pendant la période garantie, une partie des échéances du prêt dans les conditions ci-après :

- Pour les salariés, la prise en charge est soumise à la condition que l'assuré continue à percevoir une allocation versée par l'Assurance Chômage.
- Pour les TNS, la prise en charge est soumise à la condition que l'assuré remplisse tous les 2 mois une déclaration sur l'honneur d'absence d'exercice d'une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel.

La durée d'indemnisation dépend de la durée de l'activité (en CDI pour les salariés et depuis la création de l'activité pour les TNS) au cours de la période de référence.

La période de référence débute :

- à la date de signature du contrat à durée indéterminée (CDI) en cours à la date d'adhésion par l'assuré s'il n'a pas encore bénéficié de prestations Perte d'Emploi au titre du présent contrat, ou à la date de création de son entreprise pour le TNS garanti au titre de la Perte d'Emploi,



- à la date de signature d'un nouveau contrat à durée indéterminée (CDI) par l'assuré lorsqu'il a bénéficié de prestations Perte d'Emploi au titre du présent contrat, ou à la date de création d'une nouvelle entreprise pour le TNS garanti au titre de la Perte d'Emploi.

La période de référence se termine à la date du licenciement de l'assuré s'il est salarié en CDI ou à la date du jugement prononçant la liquidation judiciaire de l'entreprise s'il est TNS. Pour les salariés, la date prise en compte pour le licenciement est la date de rupture du contrat de travail.

Chaque période de référence permet d'acquérir des droits à indemnisation calculés en nombre de jours et correspondant à la durée maximale d'indemnisation pour un éventuel sinistre Perte d'Emploi à venir.

Les périodes en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ne donnent pas lieu à acquisition de droits à indemnisation mais interrompent le versement des prestations par l'assureur si l'assuré était en cours d'indemnisation au titre de l'option Perte d'Emploi. A l'issue de la période en CDD, l'assureur reprend l'indemnisation s'il subsiste un reliquat de droits et si l'assuré continue à remplir les conditions d'indemnisation décrites ci-avant.

Les durées maximales d'indemnisation sont les suivantes :

Durée période de référence	Durée maximale d'indemnisation
Jusqu'à 12 mois	Pas d'indemnisation
Plus de 12 mois et jusqu'à 18 mois	180 jours
Plus de 18 mois	360 jours

Délai de carence au début de l'adhésion

Tout sinistre Perte d'Emploi intervenant dans les 6 mois qui suivent la date d'adhésion ne sera pas garanti au titre du présent contrat. La date de sinistre retenue est celle de la rupture du contrat de travail pour les salariés ou celle du jugement prononçant la liquidation judiciaire pour les TNS.

Point de départ des prestations

Les prestations débutent après un délai de franchise de 30 jours qui commence :

- le 1^{er} jour d'indemnisation par Pôle Emploi pour les salariés,
- le jour du jugement prononçant la liquidation judiciaire pour les TNS.

Niveau des prestations

- Si l'assuré a droit à 180 jours d'indemnisation, l'assureur verse, tant qu'il répond aux critères d'indemnisation, et au maximum pendant 180 jours, une prestation égale à 25 % des échéances du prêt garanti, affectées des quotités assurées pour l'option Perte d'Emploi, dans la limite de 1.000 € par mois tous prêts confondus.
- Si l'assuré a droit à 360 jours d'indemnisation, l'assureur verse, tant qu'il répond aux critères d'indemnisation :
 - pendant les 180 premiers jours, une prestation mensuelle égale à 25 % des mensualités des prêts garantis, affectées des quotités assurées pour l'option Perte d'Emploi, dans la limite de 1.000 € par mois tous prêts confondus,
 - pendant au maximum les 180 jours suivants, une prestation mensuelle égale à 50 % des mensualités des prêts garantis, affectées des quotités assurées pour l'option Perte d'Emploi, dans la limite de 2.000 € par mois tous prêts confondus.

L'assureur ne prend pas en charge les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'adhérent pendant la période de chômage ou moins de 90 jours avant la date de fin de la période de référence.

Les prestations versées en cas de mise en jeu de l'option Perte d'Emploi cessent :

- En cas de reprise d'une activité à temps partiel ou à temps complet, en contrat à durée déterminée ou indéterminée.
- A la date de cessation du versement des allocations du régime de l'assurance chômage.
- Le jour où l'assuré a liquidé ses droits à la retraite au titre de son activité professionnelle ou pour inaptitude.
- En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail par suite de maladie ou d'accident et si à ce titre les allocations chômage sont suspendues.
- Lorsque la durée maximale d'indemnisation est atteinte.
- Au plus tard à date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

L'option Perte d'Emploi cesse :

- Le jour où l'assuré a liquidé ses droits à la retraite ou à la préretraite au titre de son activité professionnelle et au plus tard à la date d'échéance principale qui suit le 67^e anniversaire de l'assuré.
- Au plus tard le jour de la cessation de l'adhésion.

2.6.4 Services d'assistance

Le choix de l'option Perte d'Emploi ouvre droit à des services d'assistance qui sont décrits à l'article 5.



2.7 Risques exclus

2.7.1 Exclusions pour toutes les garanties et options (sauf Maladies Redoutées)

- 1 Les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'assuré y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle.
- 2 Les conséquences de l'usage de stupéfiants absorbés par l'assuré en l'absence de toute prescription médicale et, lorsque l'assuré est conducteur de tout moyen de transport, les conséquences des accidents résultant de sa consommation de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux légal en matière de circulation automobile à la date du sinistre.
- 3 Les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat dès lors que l'assuré y prend une part active.
- 4 Les risques aériens : compétitions, acrobaties, démonstrations aériennes, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.
- 5 Les risques liés à l'utilisation par l'assuré, en qualité de pilote ou de passager, d'un véhicule terrestre à moteur, à l'occasion de compétitions, essais et exhibitions.
- 6 Les maladies en évolution ou chroniques connues de l'assuré à la date d'adhésion ainsi que les infirmités dont l'assuré était atteint à cette date, sauf si elles ont été déclarées à l'assureur et n'ont pas donné lieu à restriction ou exclusion de garantie, ou si elles entraînent dans le champ du droit à l'oubli prévu par la convention AERAS à la date d'adhésion. Toutefois, cette dernière exclusion ne s'applique pas à l'option Maladies Redoutées (MR) soumise à une exclusion spécifique.

Par ailleurs, les risques en cas d'accident de la navigation aérienne ne sont couverts que dans le cas où :

- 1 L'aéronef utilisé est agréé pour effectuer du transport public et muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité.
- 2 Les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires.

2.7.2 Exclusions spécifiques

2.7.2.1 Au titre de la garantie Décès

Le suicide de l'assuré lors de la première année d'assurance à compter de la date d'effet des garanties, sauf dans le cas d'un prêt contracté pour financer l'acquisition de sa résidence principale. Dans ce cas, seule la partie du capital assuré excédant un plafond dont le montant est fixé par décret est exclue pendant cette période.

2.7.2.2 Au titre de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Les suites et conséquences :

- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de la personne assurée, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- de maladies ou d'accidents survenus avant la date d'effet de l'adhésion, sauf si ces risques ont été déclarés à l'assureur lors de l'adhésion et que celui-ci les a acceptés sans exclusion spécifique, ou si ces maladies entraînent dans le champ du droit à l'oubli prévu par la convention AERAS à la date d'adhésion.



2.7.2.3 Au titre des garanties et options Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle (ITP) Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Maladies redoutées (MR) et Invalidité Spécifique AERAS

- 1 Sont exclues les blessures ou lésions provenant de paris ou défis.
- 2 Sont exclues les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- 3 Sont exclus les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome.
- 4 Les prestations ne sont pas versées au cours des congés de maternité ou de paternité, tels que définis aux articles L. 1225-17 et L. 1225-35 du Code du travail, que l'assuré(e) y soit ou non assujéti(e).
- 5 Sont exclus les sinistres résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques, sauf si cette affection nécessite une intervention chirurgicale pendant cette incapacité ou si l'option Renfort Dos et Psy a été choisie à l'adhésion.
- 6 Sont exclus les sinistres résultant d'une dépression ou d'un syndrome anxio-dépressif ou d'un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou d'une affection psychiatrique, neuro-psychiatrique, sauf si une hospitalisation de plus de 15 jours continus en relation avec ces affections a été nécessaire pendant cette incapacité (hormis l'hospitalisation de jour) ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle, ou si l'option Renfort Dos et Psy a été choisie à l'adhésion.
- 7 S'il s'agit de sports que pratique l'assuré en tant que professionnel, les suites des blessures ou lésions ne sont couvertes par l'assureur que si l'assuré a déclaré cette pratique et que l'assureur les a garanties moyennant des conditions spécifiques.

2.7.2.4 Au titre de l'option Perte d'Emploi

- 1 La démission volontaire.
- 2 La rupture du contrat de travail pendant la période d'essai.
- 3 La cessation d'activité quand elle n'entraîne pas la recherche d'un nouvel emploi.
- 4 Le chômage partiel, saisonnier ou total, s'il n'entraîne pas la rupture du contrat de travail.
- 5 Le licenciement pour fin de chantier.
- 6 Les fins de contrat à durée déterminée.
- 7 Le licenciement pour faute lourde ou grave.
- 8 Les ruptures conventionnelles du contrat de travail.
- 9 Le licenciement, si l'assuré est salarié par son conjoint, par un de ses ascendants ou descendants ou si l'assuré est salarié d'une personne morale contrôlée ou dirigée par son conjoint, par un de ses ascendants ou descendants, sauf si le licenciement fait suite à une liquidation judiciaire.

2.7.3 Sports pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré

Les sports à risque cités ci-dessous pratiqués en tant qu'amateur ou amateur rémunéré sont exclus des garanties Décès - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle (ITP), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP) et Invalidité Spécifique AERAS.

Ces sports sont les suivants :

- Trekking et randonnées pédestres sans guide à plus de 3500 mètres ou avec guide à plus de 5000 mètres, alpinisme, paralpinisme, expéditions en milieu extrême, escalade en milieu naturel, varappe, via ferrata sans moniteur,



- En compétition ou non : bobsleigh, ski ou snowboard hors-piste ou extrême, ski artistique ou acrobatique, kilomètre lancé, saut à ski, skiathlon, ski de randonnée à plus de 3500 mètres, hockey sur glace ; et tout autre sport de neige ou de glace en compétition,
- Cyclisme en compétition, VTT en compétition ou VTT radical ou extrême, BMX en compétition,
- Sports équestres de type saut d'obstacle, jumping, cross, concours complet, chasse à courre, horse ball, hunter, joute équestre, polo, équitation western, voltige équestre,
- Base jump, exploit et sport extrême, saut à l'élastique, canyoning, spéléologie, chasse en safari, tauromachie,
- En compétition ou non : sports mécaniques et/ou sports nécessitant un engin à moteur terrestre ou flottant ; jet ski et scooter des mers en compétition,
- En compétition ou non : sports nautiques de type flysurf, funboard, hydrospeed, kitesurf, plongeon de haut vol ou artistique, rafting, yachting à plus de 50 miles d'un abri côtier, régates, courses au large, plongée sous-marine à partir de 20 mètres de profondeur ; en compétition : planche à voile, speed sail, ski nautique, bare foot, surf, paddle,
- Activités aériennes de type parapente, deltaplane, aile delta, parachutisme, parachutisme ascensionnel, paramoteur, vol à voile, planeur, ULM, autogire, gyrocoptère, autres sports aériens,
- En compétition ou non : boxe française, boxe anglaise, boxe américaine, boxe thaïlandaise, catch, full contact, kick boxing, krav maga ; et autres sports de combat et/ou arts martiaux en compétition, hors tai-chi-chuan,
- **Football américain; skateboard avec compétition.**

Toutefois, lorsque ces sports sont pratiqués occasionnellement, c'est-à-dire dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation ou d'un stage d'une durée maximum d'une semaine par an, les garanties restent acquises s'il est établi que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, appartenant à une structure habilitée à la pratique de l'activité.

A la demande expresse de l'assuré, tout ou partie de ces activités peuvent faire l'objet d'une étude des garanties moyennant une tarification spéciale. **L'Assureur pourra, le cas échéant, refuser de couvrir le risque.**

2.7.4 Sports pratiqués à titre professionnel

Les sports pratiqués à titre professionnel doivent faire l'objet d'une déclaration spécifique lors de la demande d'adhésion.



3. Les engagements de l'assuré

3.1 Conséquences d'une fausse déclaration

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle de la part de l'assuré, l'assureur pourra, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de l'adhésion et conserver les cotisations d'assurance payées.

L'article L. 113-8 du Code des assurances prévoit qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du Code des assurances, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'assureur pourra faire application de l'article L. 113-9 du Code des assurances. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Dans ces divers cas, les cotisations annuelles à l'association contractante lui restent acquises.

3.2 Modifications en cours d'adhésion

Pour tous les cas cités ci-dessous, l'assureur doit être averti du changement par lettre recommandée. L'assureur tiendra compte de ce changement à l'échéance de cotisation qui suit la réception de la lettre recommandée.

3.2.1 Modification des garanties et options

- Le choix des garanties et options est définitif et irrévocable pour la durée de l'adhésion sauf pour l'option Perte d'Emploi que l'adhérent peut résilier dans les conditions prévues à l'article 4.1. Egalement, en cas de cessation d'activité professionnelle y compris pour cause de retraite ou de pré retraite, et uniquement si le calcul des cotisations est basé sur le capital restant dû, l'adhérent a la faculté de choisir le choix 1 en remplacement d'un autre choix.
- L'augmentation ou la diminution des quotités n'est possible que dans les 180 jours qui suivent la date de conclusion de l'adhésion. Ensuite, il ne peut y avoir de modification sauf en cas de changement de situation matrimoniale, sous réserve que l'assuré se soumette aux formalités prévues par l'assureur et qu'il accepte les conditions proposées par celui-ci.
- En cas de départ du dirigeant ou homme-clé de l'entreprise adhérente, celle-ci doit en informer l'assureur pour mettre fin au prélèvement des cotisations et aux garanties et options.

3.2.2 Modification du contrat de prêt

L'adhérent doit obligatoirement avertir l'assureur en cas de modification du prêt assuré qui conduit à un allongement de la durée d'au moins 6 mois ou en cas de remboursement anticipé total.

3.2.3 Modification des données relatives à l'adhérent ou à l'assuré

- L'adhérent ou l'assuré doivent informer l'assureur en cas de changement de domicile.
- L'adhérent doit informer l'assureur en cas de changement de coordonnées bancaires.

3.3 Règlement des prestations garanties

Tout événement pouvant mettre en jeu les garanties et options du contrat doit être déclaré le plus rapidement possible à l'assureur. Les sommes dues sont réglées par l'assureur après réception de toutes les pièces justificatives et sous réserve de son accord de prise en charge du sinistre.



3.3.1 Délai - déclaration - déchéance

La déclaration de sinistre Incapacité Temporaire Totale de Travail doit être faite avant la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle de l'assuré et au plus tard dans les 180 jours qui suivent le premier jour d'incapacité de travail. **Passé ce délai, la prise en charge interviendra à compter de la réception de la déclaration par le Médecin Conseil de l'assureur** sous réserve que l'assureur apporte la preuve d'avoir subi un préjudice.

Si l'assuré déclare son Incapacité Temporaire Totale de Travail après le délai de déclaration de 180 jours, la durée maximum de prise en charge de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) sera égale à 1095 jours diminués du délai de déclaration de l'assuré.

La déclaration de sinistre Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être faite dans les 180 jours qui suivent la survenance du sinistre.

La mise en jeu de l'option Maladies Redoutées doit être demandée dans un délai de 180 jours à partir de la date de diagnostic de la maladie telle que décrite à l'article 2.6.2.

Cas de l'option Perte d'emploi

Le licenciement ou la liquidation judiciaire doit être déclaré dans un délai de 180 jours ; ce délai commence à la date du licenciement ou de la liquidation judiciaire. Au delà, l'assureur fixe la date de la prise en charge au jour de la déclaration sous réserve qu'il apporte la preuve d'avoir subi un préjudice.

3.3.2 Pièces justificatives

Dans tous les cas de sinistre, le(s) tableau(x) d'amortissement relatif(s) au(x) prêt(s) doi(ven)t être transmis à l'assureur.

Tous les documents à caractère médical doivent être transmis sous enveloppe « Secret Médical ».

En cas de Décès

- l'extrait de l'acte de décès de l'assuré et éventuellement le procès-verbal du décès s'il en a été dressé un,
- le certificat médical post-mortem,
- les coordonnées des ayants droits ou héritiers ou éventuellement un certificat de notoriété et les justificatifs de la qualité de bénéficiaire.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

- le certificat médical descriptif attestant que l'assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie nécessitant l'assistance d'une tierce personne.
- La notification de pension troisième catégorie pour les salariés,
- le cas échéant, la notification de rente d'accident du travail entraînant une Invalidité Permanente avec majoration tierce personne pour les salariés.

En cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) ou d'Invalidité Permanente Partielle (IPP)

- la déclaration de sinistre qui sera envoyée par l'assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant,
- un certificat médical détaillé attestant que l'assuré est en état d'invalidité,
- pour un travailleur non salarié, joindre une copie de l'extrait du registre du Commerce, antérieur à la date d'arrêt de travail ou une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours,
- pour un conjoint collaborateur, joindre une copie du document d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Centre de Formalités des Entreprises, précisant qu'il est conjoint collaborateur.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) ou Incapacité Temporaire Partielle (ITP)

- la déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant,
- l'avis d'arrêt de travail initial, de prolongation, ou de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique ; ou pour l'assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle à la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, un certificat médical précisant l'évènement entraînant l'incapacité (maladie ou accident), la date de cet évènement, la durée probable de l'incapacité Temporaire Totale de travail ou la durée de la prolongation de cette Incapacité Temporaire Totale de travail.
- pour un travailleur non salarié, joindre une copie de l'extrait du registre du Commerce, antérieure à la date d'arrêt de travail ou une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire datant de moins de 1095 jours,
- pour un conjoint collaborateur, joindre une copie du document d'inscription au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Centre de Formalités des Entreprises, précisant qu'il est conjoint collaborateur.

En cas de Maladies Redoutées (MR)

- la déclaration de sinistre qui sera alors envoyée par l'assureur, à compléter et à faire remplir par le médecin traitant,
- le certificat médical descriptif indiquant la cause et la nature de la maladie.



En cas de Perte d'Emploi (PE)

Pour les salariés :

- une copie de la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice de l'allocation d'assurance chômage et les justificatifs de paiement,
- une attestation du dernier employeur précisant la nature du contrat de travail et les dates de début et de fin des emplois occupés.

Pour les Travailleurs Non Salariés :

- un justificatif de la création de l'entreprise et une copie du jugement prononçant la liquidation judiciaire,
- une déclaration sur l'honneur de non activité à renouveler tous les deux mois.

3.3.3 Compléments d'information

L'assuré doit déclarer sans délai la reprise de son activité professionnelle, même partielle, à l'assureur.

Pour les assurés ne bénéficiant pas de l'option Renfort Dos et Psy (DP)

En cas d'affections du dos ou psychiatriques pouvant donner lieu à prise en charge dans les conditions prévues aux n^{os} 6 et 7 de l'article 2.7.2.4, la date de l'incapacité de travail retenue est fixée au premier jour d'hospitalisation dans les deux cas suivants :

- une hospitalisation de plus de 15 jours continus a eu lieu pour les affections psychiatriques ou
- une intervention chirurgicale a eu lieu pour les affections du dos.

Dispositions pour les affections psychiatriques

Pour les assurés mis sous tutelle ou curatelle, la date d'incapacité de travail retenue est fixée à la date du jugement rendu par le Tribunal.

3.4 Contrôle médical – Arbitrage

3.4.1 Contrôle

L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'assureur.

Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'assureur ont libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un examen médical ou une expertise ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé, relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines. Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé sont inopposables à l'assureur.

Pour les assurés résidant hors du territoire français lors de la survenance d'un sinistre Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale de travail, Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Invalidité Spécifique AERAS, le contrôle médical et les expertises éventuelles ultérieures devront s'effectuer en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer ou dans les collectivités d'outre-mer ou à Monaco, les frais de déplacement engagés par l'assuré pour s'y rendre restant à sa charge.

3.4.2 Arbitrage

En cas de désaccord entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré, les deux parties peuvent choisir un troisième médecin pour les départager ; faute d'entente sur cette désignation, la partie la plus diligente saisit le tribunal compétent, éventuellement par voie de référé. Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.



4. Le fonctionnement de l'adhésion

4.1 Cotisations

Les garanties et options du présent contrat sont accordées moyennant le versement des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

La cotisation est fixée, selon le tarif en vigueur, en prenant en compte la quotité assurée, le « choix » et les options choisies, la qualité de fumeur ou non de l'assuré, de son activité professionnelle, des résultats des formalités d'adhésion.

Elle est calculée soit :

- sur le montant initial du prêt : le taux de cotisation est fonction de l'âge de l'assuré lors de l'adhésion et de la durée du prêt,
- sur le capital restant dû : le taux de cotisation évolue en fonction de l'âge de l'assuré atteint à chaque échéance principale de l'adhésion.

La cotisation sera automatiquement calculée sur le capital restant dû :

- pour les prêts à taux zéro, pour les prêts non amortissables, pour les prêts amortissables présentant un différé supérieur à 24 mois et pour les prêts par paliers,
- pour les personnes faisant l'objet d'une tarification majorée pour une raison médicale ou non médicale.

Remboursement anticipé en cas de cotisation sur le capital initial

En cas de remboursement anticipé partiel, la cotisation sera calculée sur le montant initial du prêt diminué du remboursement anticipé partiel uniquement si ce remboursement représente au moins 15 % du montant initial.

Réduction tarifaire

Une réduction tarifaire peut être effectuée pour un même prêt assuré dans le présent contrat sur plus d'une tête. La réduction est attribuée si la quotité de chaque assuré pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est au moins égale à 30 %. Si la réduction a été accordée à tort, les cotisations peuvent faire l'objet d'un ajustement tarifaire.

Taxes

Les taux de cotisation comprennent les taxes en vigueur sur les cotisations d'assurance. Toute nouvelle taxe et/ou modification des taxes applicables au contrat Allianz Assurance Emprunteur sera répercutée sur les taux de cotisation, y compris pour les adhésions en cours.

Révision des cotisations

Les taux de cotisation ne sont pas révisables par l'assureur sauf pour l'option Perte d'Emploi :

Dans ce cas, les taux de cotisation sont révisables à l'échéance principale de l'adhésion, en fonction des résultats techniques du groupe assuré. Les nouveaux taux de cotisation seront portés à la connaissance de l'adhérent au moins 3 mois avant le renouvellement de son adhésion. Dans le mois suivant cette notification, l'adhérent sera libre de résilier son adhésion à l'option Perte d'Emploi en le signifiant à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut, il sera réputé l'accepter.

Paiement des cotisations

L'adhérent doit s'acquitter des cotisations aux époques convenues et selon les modalités fixées ci-après.

La cotisation est prélevée automatiquement annuellement et d'avance sur le compte bancaire désigné par l'adhérent. Elle peut être fractionnée et payable d'avance semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, sans frais, au choix de l'adhérent. La dernière cotisation est prélevée au prorata du nombre de jours donnant lieu à assurance.

Non paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera que, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, si la ou les cotisations ou fractions de cotisation dues ne sont toujours pas payées 30 jours après son envoi, les garanties et options sont suspendues. A défaut de paiement, l'adhésion est résiliée de plein droit et sans autre formalité 10 jours après expiration de ce délai de 30 jours. Le prêteur est simultanément avisé du non-paiement de la cotisation.

4.2 Exonération du paiement des cotisations

L'adhérent est exonéré de l'intégralité de ses cotisations d'assurance pendant toute la durée de la prise en charge par l'assureur d'un sinistre Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle (ITP), Invalidité Permanente Partielle (IPP) ou Perte d'Emploi (PE). La cotisation ne sera pas prélevée par l'assureur.

La cotisation annuelle à l'association ANCRE continue à être réglée par l'adhérent.



4.3 Cessation de l'adhésion

L'adhésion et l'ensemble des garanties et options cessent :

- Le jour où cesse l'obligation de remboursement du prêt quelle qu'en soit la cause.
- A la date de remboursement total anticipé ou non du prêt garanti quelle qu'en soit la cause.
- A la date de résiliation du contrat de prêt par déchéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt.
- A la date de départ du dirigeant ou homme-clé de l'entreprise adhérente.
- A l'expiration de la période annuelle en cours si la demande de résiliation individuelle effectuée par l'assuré est adressée à l'assureur au moins deux mois avant la date de renouvellement par lettre recommandée avec accusé de réception, et après accord de l'organisme prêteur en sa qualité de bénéficiaire acceptant.
- En cas de mise en jeu des garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
- En cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités décrites à l'article 4.1.
- A l'expiration d'un délai d'un an à partir de la prise d'effet des garanties, si le prêt n'a toujours pas été débloqué par le Prêteur sauf si un déblocage partiel est intervenu.
- Au plus tard à l'échéance principale suivant le 85^e anniversaire de l'assuré.

Par ailleurs, les modalités de cessation propres à chaque garantie et option sont décrites dans les articles les concernant.

4.4 Service e-courrier

En communiquant à l'assureur ou à son conseiller, lors de l'adhésion ou postérieurement à celle-ci, son adresse de messagerie électronique, l'adhérent :

- est informé qu'il bénéficie du Service e-courrier dont les modalités sont décrites ci-après ;
- accepte qu'elle soit utilisée par l'assureur ou son conseiller pour lui communiquer des courriers de gestion ou d'information afférents à l'adhésion conclue.

Le présent service est réservé à l'adhérent au présent contrat d'assurance, abonné à l'Espace Client du site internet www.allianz.fr, ci-après dénommé le Client.

Définitions

- Espace Client : désigne l'Espace Client « Allianz.fr », sécurisé, accessible par le Client au moyen d'un identifiant personnel et d'un code confidentiel à partir du site internet www.allianz.fr, et proposant le Service.
- Service : désigne la communication au Client, à la suite d'un message électronique d'alerte, de e-courriers accessibles dans son Espace Client au moyen de son identifiant personnel et de son code confidentiel. Selon la nature de l'adhésion conclue et le profil du Client, les fonctionnalités offertes dans le cadre du Service peuvent varier.
- E-courriers : désigne des courriers sous format électronique communiqués par Allianz au Client et accessibles à partir de son Espace Client, et relatifs à la gestion et au suivi de ses contrats/adhésions souscrits auprès d'Allianz. Le Client est informé que tous les courriers de gestion ou d'information afférents à cette adhésion ne sont pas éligibles au Service.

Accès et utilisation du service

Le Service est accessible depuis l'Espace Client, après identification au moyen d'un identifiant et d'un code confidentiel.

L'utilisation concomitante de l'identifiant et du code confidentiel constitue la preuve de l'identité du Client. Toute connexion effectuée dans l'Espace Client et toute utilisation du Service réalisé par le biais de l'identifiant et du code confidentiel sont réputés être effectués par le Client, seul titulaire de ces codes confidentiels.

L'accès à l'Espace Client et son utilisation du Service supposent que le Client dispose d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone valide ainsi que de tous matériels et logiciels nécessaires à la navigation sur internet et à l'ouverture et la sauvegarde des e-courriers.

Il appartient au Client de vérifier régulièrement l'adresse de messagerie électronique et le(s) numéro(s) de téléphone figurant dans son Espace Client. En cas de modification de l'un ou l'autre, le Client doit procéder lui-même à cette modification dans son Espace Client.

En l'absence d'adresse électronique ou de numéro de téléphone valide, l'assureur ne pourra en être tenu pour responsable. Toutes les conséquences directes ou indirectes résultant de l'utilisation par l'assureur ou son conseiller d'une adresse de messagerie électronique ou d'un numéro de téléphone erroné relève de la seule responsabilité du Client.

L'accès et l'utilisation de l'Espace Client et du Service s'effectuent sous les seuls contrôles, risques et responsabilités du Client.

Les e-courriers sont communiqués au Client dans son Espace Client. Ce Service donne alors la possibilité au Client de télécharger, sauvegarder, imprimer ses e-courriers.



Afin de permettre au Client d'être informé de la communication de ses e-courriers dans son Espace Client, il est convenu entre les Parties que l'assureur ou son conseiller puisse lui adresser un courrier électronique d'alerte sur son adresse de messagerie électronique ou un SMS sur l'un de ses numéros de téléphone, ou une alerte via tout autre moyen de communication électronique, ce que le Client accepte.

Durée et résiliation

Le Service est à durée indéterminée.

Le Client est informé qu'il peut à tout moment, dans son Espace Client, résilier le Service.

Le Client est informé que les e-courriers jusque-là communiqués dans son Espace Client resteront accessibles pendant un délai minimum de trois ans. Toutefois, ce délai est ramené à 6 mois à compter de la résiliation ou de la cessation de la dernière adhésion d'assurance en cours et active dans l'Espace Client selon les modalités précisées ci-dessous.

La résiliation du Service à l'initiative du Client prend effet au plus tard sept jours après celle-ci et implique un retour automatique à l'envoi des documents papier.

Le Client conserve la possibilité d'accéder à nouveau et à tout moment au Service s'il le souhaite, hormis dans le cas où il n'existe plus d'adhésion en cours et active dans son Espace Client.

De même, la résiliation de l'une des adhésions à l'initiative de l'une ou l'autre des Parties met fin au Service et entraîne les conséquences telles que décrites ci-dessus.

L'attention du Client est attirée sur la nécessité, si cela n'a pas déjà été fait au préalable, de télécharger, sauvegarder ou imprimer à sa convenance, au moment de la résiliation du Service ou de l'une des adhésions, tous les e-courriers jusque-là accessibles via son Espace Client.

La résiliation de l'adhésion entre les Parties ou la cessation de la dernière adhésion d'assurance en cours et active dans l'Espace Client, met fin au Service et entraîne les conséquences suivantes :

- Les éventuels courriers postérieurs à la résiliation ou à la cessation de la dernière adhésion d'assurance pour laquelle il bénéficiait du Service, seront adressés au Client sous format papier.
- Les e-courriers jusque-là stockés dans son Espace Client au titre de tous les contrats d'assurance qui avaient été souscrits entre les Parties, resteront accessibles pendant un délai de six mois après la résiliation effective ou la cessation de la dernière adhésion.

Cet accès à ses e-courriers pendant ce délai de 6 mois pourra uniquement être effectué par le Client, via un lien hypertexte contenu dans un e-mail d'alerte qui lui sera adressé lors de la résiliation effective ou la cessation de la dernière adhésion. Passé ce délai, la destruction de l'Espace Client par Allianz, ne permettra plus au Client d'accéder à ses e-courriers.

Convention de preuve

En raison des limites de confidentialité des e-mails et de leurs pièces jointes, les Parties conviennent que toute communication d'informations contenues dans les e-courriers relatifs à la gestion et au suivi des contrats/adhésions souscrits auprès d'Allianz s'effectuera via l'Espace Client dont l'objectif est de garantir la sécurisation et la confidentialité de leur contenu transmis au Client.

Le Client est informé que des informations lui ont été communiquées par e-courriers et sont disponibles dans son Espace Client par des alertes effectuées par message électronique dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. A ce titre, le Client accepte ce mode de transmission et reconnaît qu'il constitue en droit et en fait communication et remise desdites informations.

Lorsque ces e-courriers font courir un délai pour l'exercice d'un droit ou d'une faculté au profit ou à l'encontre du Client, les Parties conviennent que le point de départ de ce délai est la date à laquelle l'e-courrier est accessible via l'Espace Client et dont le Client a été informé dans les conditions prévues à l'article « Accès et utilisation du Service » ci-dessus. Cette date figure dans l'Espace Client en lien avec l'e-courrier en question.

Les Parties conviennent que les e-courriers accessibles via l'Espace Client ont quant à leur existence et leur contenu la même valeur probante qu'un courrier papier. Le Client dispose en tout état de cause du droit d'administrer la preuve contraire.

Les Parties sont susceptibles de produire les e-courriers, en tant que preuve en cas de litiges, y compris dans ceux qui les opposent.

Stockage des e-courriers

Le Client est informé que les e-courriers sont stockés dans les systèmes informatiques hébergés auprès d'Allianz Informatique - GIE - 1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris la Défense Cedex - 723 000 642 RCS Nanterre.



4.5 Les dispositions légales

4.5.1 Informatique et Libertés

Hors courtage :

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'Association souscriptrice, et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires de l'assureur dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'adhérent ou de l'assuré, elles pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent ou l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant soit en adressant un courriel à l'adresse informatiqueetliberte@allianz.fr, soit en adressant un courrier auprès de : Allianz - Informatique et libertés - Case courrier S1803, 1 Cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense Cedex.

Courtiers :

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la gestion de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe ainsi qu'à la gestion de l'adhésion à l'Association souscriptrice, et à la relation commerciale. Certains de ces traitements sont susceptibles d'être effectués par les prestataires de l'assureur dans ou hors d'Europe. Sauf opposition de la part de l'adhérent ou de l'assuré, elles pourront aussi être utilisées par les différentes sociétés et partenaires du groupe Allianz en France et leurs réseaux ou par l'intermédiaire d'assurance, dans un but de prospection pour les produits qu'ils distribuent (assurances, produits bancaires et financiers, services). Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, l'adhérent ou l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant une demande écrite à leur courtier.

Dans le cadre de la politique de l'assureur de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, l'assureur se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la réglementation en vigueur.

4.5.2 Faculté de renonciation

La renonciation met fin à l'adhésion et à l'ensemble des garanties et options.

Le droit de l'adhérent à renoncer à son adhésion

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé que son adhésion au contrat est conclue. Cette date correspond à la date à laquelle il a signé le certificat d'adhésion, et au plus tard à la date de présentation de la lettre recommandée avec accusé de réception qui lui sera envoyée si l'assureur n'a pas reçu le certificat d'adhésion signé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée à la Direction Régionale dont l'adresse figure sur la demande d'adhésion.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion ou la Notice d'information.

A réception de la lettre recommandée par l'assureur, l'adhésion et toutes ses garanties et options prennent fin.

La cotisation versée sera remboursée dans les 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Modèle de lettre-type de renonciation.

« Je soussigné(e) M _____ demeurant _____ renonce à mon adhésion n° _____ au contrat dénommé Allianz Assurance Emprunteur souscrit auprès de l'assureur et demande le remboursement de ma cotisation de _____ euros.

(Date et signature). »

4.5.3 Substitution d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion au présent contrat dans un délai de 12 mois maximum décompté à partir de la date de signature de son offre de prêt. Il devra pour ce faire, adresser à l'assureur sa demande de résiliation, par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par le prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet du contrat accepté en substitution. La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra effet 10 jours après la réception par l'assureur ou son représentant de la notification de l'acceptation de substitution établie par le prêteur ou à la date de prise d'effet du nouveau contrat si cette date est postérieure.

Cette disposition s'applique aux offres de prêts émises à compter du 26/07/2014 et aux adhésions postérieures à cette date.



4.5.4 Réclamation

En cas de difficultés, l'assuré ou l'adhérent personne physique peut consulter d'abord son interlocuteur habituel d'Allianz France.

Si, sa réponse ne le satisfait pas, il peut adresser sa réclamation par simple lettre ou courriel à l'adresse suivante :

Allianz - Relations Clients,

Case courrier S1803, 1 Cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris La Défense Cedex.

Courriel : clients@allianz.fr

Allianz France adhère à la charte de la médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'Assuré ou l'adhérent a la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Méiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances** dont les coordonnées postales sont les suivantes :

BP 290 – 75425 Paris cedex 09,

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

4.5.5 Prescription

Prescription des actions dérivant du contrat d'assurance

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L. 114-1 du Code des assurances :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

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

Article L. 114-3 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.

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel «www.legifrance.gouv.fr».

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.



Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil :

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

4.5.6 Autorité de contrôle

L'assureur et l'association contractante sont contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

4.5.7 Participation aux bénéfices techniques et financiers

L'assureur ne verse aucune participation au titre des bénéfices techniques et financiers.



5. Services d'assistance de l'option Perte d'Emploi

Convention n° 921354

5.1 Mise en œuvre des services d'assistance

La présente convention a pour objet de décrire le service **Peps' Emploi** et le service **d'Aide au Retour à l'Emploi**.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit être formulée par le bénéficiaire auprès de Mondial Assistance France par l'un des moyens ci-après :

Téléphone : 01 40 25 15 01

Télécopie : 01 40 25 53 66

Accessibles du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h à 18h

En indiquant :

- le nom du contrat « Allianz Assurance Emprunteur » et le n° d'adhésion,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone auquel le bénéficiaire peut être joint,
- le numéro du contrat d'assistance 921 354.

5.2 Définitions

Bénéficiaire : personne physique ayant signé la Demande d'Adhésion au contrat Allianz Assurance Emprunteur et ayant opté pour l'option Perte d'Emploi.

Conseiller Emploi (Mondial Assistance France) : conseiller Mondial Assistance, spécialiste de l'emploi et de l'orientation, chargé du suivi personnalisé des bénéficiaires.

Conseiller régional (Réseau) : personne qui assure localement l'animation des stages et les entretiens individuels « de visu ».

Durée de validité : les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat Allianz Assurance Emprunteur et de l'accord liant Allianz et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

Territorialité :

- Peuvent bénéficier du service Peps' Emploi, les personnes résidant en France Métropolitaine et dans les DROM-COM⁽¹⁾.
- Peuvent bénéficier du service d'Aide au Retour à l'Emploi, les personnes résidant en France Métropolitaine et dans les DROM-COM⁽¹⁾.
- Peuvent bénéficier du service d'Aide au Retour à l'Emploi avec accompagnement du réseau Mondial Assistance, les personnes résidant en France Métropolitaine uniquement.

5.3 Peps' Emploi

Ce service s'adresse **aux bénéficiaires en activité** ayant souscrit l'option Perte d'Emploi du contrat Allianz Assurance Emprunteur.

Mondial Assistance France **informe et répond aux questions du bénéficiaire sur la vie professionnelle en accès illimité** :

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance France propose au bénéficiaire de manière illimitée, par téléphone uniquement, un service d'information destiné à lui donner des renseignements lui permettant de mieux connaître ses principaux droits et les moyens à disposition pour faire évoluer sa situation professionnelle.

Mondial Assistance France informe et répond aux questions concernant la vie professionnelle (les informations sur les secteurs d'activité, les adresses utiles, les dispositifs de formations, la réglementation du travail, le marché du travail).

Mondial Assistance France **accompagne le bénéficiaire qui rencontre à un moment donné de sa vie professionnelle des difficultés, des doutes, des interrogations en vue de l'aider à résoudre la problématique rencontrée pendant un maximum de 3 heures par année civile** :

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, Mondial Assistance France met à disposition, pour une durée maximum de trois heures par année civile, un Conseiller Emploi chargé d'accompagner de façon personnalisée le bénéficiaire pour l'aider à résoudre une problématique professionnelle.

¹ DROM (Département et Régions d'Outre Mer) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Mayotte
COM (Collectivités d'Outre Mer) : Polynésie française, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Saint-Martin, Saint-Barthélemy.



Le Conseiller Emploi évalue la situation du bénéficiaire (validation des besoins et des objectifs) et l'accompagne dans le traitement de sa problématique. Les thèmes suivants peuvent notamment être traités :

- Avis sur CV et lettre de motivation.
- Méthodes de résolution de problème et aide à la décision.
- Préparation des entretiens (de mobilité, de recrutement, d'évaluation annuelle).
- Gestion du stress.
- Organisation, gestion de son emploi du temps et gestion du relationnel dans l'entreprise.

5.4 Aide au Retour à l'Emploi

5.4.1 Mise en œuvre de l'Aide au Retour à l'Emploi

Pour bénéficier du service d'assistance Aide au Retour à l'Emploi le bénéficiaire doit faire l'objet :

- **s'il est salarié : d'une décision de licenciement alors qu'il était en contrat de travail à durée indéterminée** et sous la condition qu'il bénéficie du revenu de remplacement prévu aux articles L. 5421-1 et suivants du Code du Travail, versé par Pôle Emploi ou par un organisme assimilé français ;
- **s'il est non salarié : d'une cessation d'activité à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire** à condition que l'entreprise ait au moins 12 mois d'existence à la date de survenance du sinistre.

Le bénéficiaire dispose d'un **délai de 6 mois**, à partir de la date de son licenciement, ou cessation d'activité, pour appeler le service Assistance Emploi de Mondial Assistance France. Au-delà de ce délai de 6 mois, il ne pourra plus bénéficier du service d'assistance Aide au Retour à l'Emploi.

Pour pouvoir accéder aux services personnalisés, le bénéficiaire devra justifier de sa situation :

- En cas de perte d'emploi à la suite d'un licenciement pour un salarié :
 - La copie de la lettre de licenciement.
 - Le justificatif d'inscription au Pôle Emploi ou à l'organisme assimilé français.
- En cas de perte d'emploi à la suite de la cessation d'activité pour un non salarié :
 - La copie de l'avis du jugement de liquidation judiciaire.
 - La copie de l'acte de radiation au RCS ou du formulaire de réquisition.

Le service d'assistance Aide au Retour à l'Emploi a une **durée maximale d'un an à compter du 1^{er} appel** auprès du Service Assistance Emploi de Mondial Assistance France.

5.4.2 Prestations prévues

Ce service s'adresse à tout bénéficiaire, en situation de recherche d'emploi, et souhaitant obtenir de l'aide dans ses démarches. Les Conseillers Emploi informent, conseillent et coachent tout au long de la démarche, sur une durée allant jusqu'à 12 mois par période d'inactivité professionnelle.

5.4.2.1 Informations générales sur l'emploi

Dans le cadre du suivi personnalisé, le bénéficiaire peut contacter le Conseiller Emploi afin d'obtenir les renseignements suivants :

- Les démarches à effectuer en cas de chômage : inscription au Pôle Emploi, à l'APEC.
- Les aides financières possibles.
- Les adresses utiles (associations, syndicats professionnels...).
- Les références documentaires (bibliographie, journaux et magazines spécialisés...).
- Le droit du travail.
- Les formations (le choix, les financements, les stages...).
- Les principales filières de recrutement.
- Les statistiques du marché de l'emploi (nombre de demandeurs d'emploi, temps moyen de recherche, les tendances par secteur d'activité...).
- Où trouver les offres d'emploi ?
- Informations et conseils sur la création et/ou la reprise d'entreprise.

5.4.2.2 Accompagnement personnalisé en 3 étapes

Un bilan personnel et professionnel

Après avoir analysé la demande, le Conseiller Emploi :

- Envoie un questionnaire d'autoévaluation.
- Procède à une étude approfondie du dossier : établissement d'un bilan personnel et professionnel & étude de personnalité (analyse graphologique ou tests).
- Réalise deux entretiens de bilan.
- Rédige et envoie une synthèse écrite.



Le Conseiller Emploi peut aider à déterminer un projet professionnel réalisable à court terme. Pour ce faire, il va notamment envoyer un fascicule de travail puis procéder à un ou plusieurs entretiens téléphoniques suivant les besoins.

Une formation aux outils et techniques de recherche d'emploi

Le Conseiller Emploi forme aux outils et techniques de recherche d'emploi par l'envoi de documents de travail et par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques réguliers sur les thèmes suivants (le curriculum vitae, les lettres de candidature, les entretiens d'embauche, la construction et le développement des réseaux relationnels, l'utilisation du téléphone dans sa recherche d'emploi).

Une démarche interactive de recherche d'emploi

Le Conseiller Emploi :

- Suit la recherche d'emploi : il est régulièrement en contact avec le bénéficiaire pendant sa recherche et l'engage à faire le point sur sa situation.
- Aide à la recherche d'emploi : il peut fournir de la documentation, des informations, voire un listing comprenant la raison sociale, l'adresse, le nom des dirigeants, ainsi que des détails sur l'activité des entreprises du secteur, de la région visée...
- Ecoute et soutient : à tout moment au cours de ses recherches, le bénéficiaire peut appeler son Conseiller Emploi, qui l'écoute et le soutient dans sa démarche.

5.4.2.3 Détails sur le programme d'accompagnement

Programmation des étapes et des entretiens téléphoniques

A l'issue du premier contact : programmation de rendez vous tous les 15 jours pour les étapes Bilan, Projet Professionnel, Formation aux techniques de recherche d'emploi, puis des rendez-vous programmés au minimum 1 fois par mois pour les entretiens de suivi.

Parallèlement aux rendez-vous et aux objectifs programmés par le Conseiller Emploi, le bénéficiaire mène des travaux de réflexion et établit ses recherches pour faire évoluer sa situation.

Mise à disposition d'outils professionnels pédagogiques et de rapports écrits pour faciliter la réflexion et la démarche

- Questionnaire d'autoévaluation & Diagnostic Bilan Personnel et Professionnel.
- Support Etude de Personnalité : Analyse graphologique ou Tests.
- Outil de réflexion Projet Professionnel.
- Guides d'informations thématiques (Techniques de Recherche d'Emploi, la Création d'Entreprise, etc...).

En dehors des rendez-vous programmés, le bénéficiaire peut joindre son Conseiller Emploi à tout moment, du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 18h00. A cet effet, le Conseiller Emploi communique au bénéficiaire son numéro de téléphone et une adresse email dédiée.

5.4.3 Service supplémentaire pour les résidents en France Métropolitaine

Le bénéficiaire en recherche d'emploi résidant en France Métropolitaine peut également bénéficier d'un **accompagnement régional et local**. Cette prestation complète le service d'Assistance Aide au Retour à l'Emploi grâce à la mise en contact avec le réseau de prestataires de Mondial Assistance France.

Le Conseiller Emploi met en contact le bénéficiaire en recherche d'emploi avec un Conseiller Régional, qui lui dispense une formation portant sur les thèmes suivants :

- Validation du projet professionnel.
- Acquisition des techniques de recherche d'emploi (remise en forme du CV, rédaction de lettres de candidature, réactivation des réseaux relationnels, utilisation du téléphone, préparation aux entretiens de recrutement).
- Développement des capacités de communication pour évoquer son projet, sa dynamique professionnelle...
- Aide à la mise en place d'une stratégie de recherche d'emploi.

Cette formation se compose d'un stage collectif de 5 jours et de 5 heures d'entretiens individuels répartis sur une durée de 8 à 12 semaines. La formation est dispensée de manière individuelle si le stage collectif n'est pas possible.

Par ailleurs, s'il s'avère que le projet du bénéficiaire s'oriente vers la reprise ou création d'entreprise, le programme ci-dessus est transformé en un volume d'heures conseil (6 à 7 entretiens individuels ne dépassant pas un total de 9 heures).

Le Conseiller Emploi reste joignable à tout moment si besoin.



5.5 Dispositions générales

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par Allianz auprès de Fragonard Assurances (Société Anonyme au capital de 37 207 660 euros – 479 065 351 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances – siège social : 2 rue Fragonard – 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (S.A.S au capital de 7 584 076,86 € – 490 381 753 RCS Bobigny – Siège social : Eurosquare 2 - 7, rue Dora Maar- 93400 Saint-Ouen – Société de courtage d'assurances – Inscription ORIAS 07 026 669).

Mondial Assistance France ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

Les informations fournies par Mondial Assistance France sont des renseignements à caractère documentaire.

Mondial Assistance France peut fournir des renseignements d'ordre juridique mais ne donne en aucun cas de consultation juridique. La responsabilité de Mondial Assistance France ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui lui ont été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance France s'engage alors à répondre dans un délai de 48 heures.

Exclusions

En aucun cas, Mondial Assistance France ne traite les questions ne relevant pas de la carrière professionnelle du bénéficiaire.

Cessation des services Mondial Assistance France

Les services Mondial Assistance France cessent au plus tard le jour de la cessation de l'option Perte d'Emploi tel que décrit à l'article 2.6.3.

Examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse suivante :

Mondial Assistance France
Traitement Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra à l'assuré dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Loi Informatique et Libertés

Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en s'adressant à :

Mondial Assistance France
DT - Service Juridique - DT03
7 rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

En application de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Mondial Assistance France se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations transmises lors de l'exécution et de la gestion des prestations.



Annexe – Lexique

Accident

Atteinte corporelle, indépendante de la volonté de la victime, et due à l'action soudaine, irrépressible et imprévisible d'une cause extérieure.

ANCRE

ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE (ANCRE) association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901. Les statuts sont disponibles sur simple demande auprès d'ANCRE ou sur le site www.ancre-vie.com.

Adhérent

Personne physique ou morale titulaire de l'opération de crédit (emprunteur, co-emprunteur), membre de l'Association ANCRE, ayant signé la Demande d'Adhésion au contrat Allianz Assurance Emprunteur. Il est le payeur des cotisations.

Assuré

Personne physique ayant signé la Demande d'Adhésion au contrat Allianz Assurance Emprunteur ayant la qualité d'emprunteur, co-emprunteur, dirigeant ou homme-clé, répondant aux conditions d'admission à l'assurance et sur laquelle reposent les garanties et options souscrites.

Conjoint

Est considéré comme conjoint, le conjoint de l'assuré marié ou à défaut le partenaire lié à l'assuré par Pacte Civil de Solidarité.

Consolidation

Date à partir de laquelle l'état de santé d'un assuré est reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)

Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé. La convention a été signée le 6 juillet 2006 par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs. La convention a été révisée le 1^{er} février 2011 et le 2 septembre 2015.

Cotisations

Sommes versées à l'assureur pour garantir le versement des prestations. L'assuré n'est couvert que dans la mesure où les cotisations sont réglées.

Date d'effet

La date d'effet des garanties et options correspond à la date à partir de laquelle les garanties et options peuvent être mises en jeu.

Déclaration de sinistre Incapacité – Invalidité – Maladies Redoutées

Il s'agit d'un imprimé que l'assuré doit compléter et faire remplir par son médecin traitant au terme de l'examen médical. La déclaration de sinistre doit préciser avec exactitude les circonstances d'un sinistre : la nature, l'origine et la date de l'accident ou du début de la maladie, la durée estimée de l'incapacité totale temporaire, la constatation d'une invalidité définitive après stabilisation etc.



Dirigeant ou Homme-clé

Personne physique ayant une activité prépondérante dans la bonne marche et la stabilité de l'entreprise qui emprunte pour les besoins de son activité.

Echéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion.

Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'arrêt de travail ou de perte d'emploi au delà duquel une indemnisation est possible.

Fumeur

Personne ne pouvant pas souscrire à la déclaration non-fumeur.

Garanties complémentaires et options facultatives

Ces garanties et options ne sont accordées que si l'adhérent les a choisies dans la demande d'adhésion et si l'assureur les a acceptées.

Maladie

Altération de la santé qui provoque des troubles diagnostiqués par tout moyen d'investigation médicale (examen clinique ou radiologique, analyses ...).

Mi-temps thérapeutique

Reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique à la suite d'une incapacité ou d'une invalidité par maladie ou accident. La fixation de la durée du travail dans le cadre d'une reprise pour motif thérapeutique est déterminée conjointement entre le salarié et son employeur, sans être obligatoirement égale à 50 %.

Mutilation

Altérations intentionnelles de l'intégrité physique.

Non-Fumeur

Personne pouvant déclarer ne pas avoir fumé au cours des 24 derniers mois, ne pas avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales, et satisfaire à l'examen de cotininurie dans le cadre des examens médicaux demandés par l'assureur.

Quotité

Pourcentage du prêt ou de l'échéance du prêt garanti sur la tête de l'assuré. La quotité peut être différente :

- sur les risques Décès – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- sur l'ensemble des risques Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT), Incapacité Temporaire Partielle de travail (ITP), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), Invalidité Spécifique AERAS, Maladies Redoutées (MR), Renfort Dos et Psy (DP),
- sur le risque Perte d'Emploi (PE).

Sinistre

Réalisation d'un évènement couvert au titre de l'adhésion au contrat Allianz Assurance Emprunteur et susceptible d'entraîner la mise en jeu de la garantie de l'assureur pour une adhésion en vigueur.

Sport à titre amateur

Activité exercée à titre non professionnel et impliquant la détention d'une licence ou l'inscription à un club, et plus généralement toute activité pratiquée régulièrement de façon non exceptionnelle.



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz IARD

Société Anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre

Allianz Vie

Société Anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Entreprises régies par le Code des assurances
Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051
92076 Paris La Défense Cedex.

www.allianz.fr



ANCRE

48 rue de Provence - 75009 Paris
ASSOCIATION NATIONALE pour la COUVERTURE
des risques, la RETRAITE et l'EPARGNE
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901

www.ancre-vie.com



Mondial Assistance France

Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros.
490 381 753 RCS Bobigny.
Siège social : Eurosquare 2 - 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Société de courtage en assurances - Inscription ORIAS 07 026 669

www.mondial-assistance.fr

