

Notice d'information

du contrat d'assurance de groupe ASSURANCE DE PRET n° 4059 souscrit

par ASSUREA, dont le siège est à MEYREUIL (13590) Ront point du Canet Technopole du Moulin auprès d'AXA France VIE ET AXA IARD

I - Objet du contrat

ASSURANCE DE PRET est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, souscrit par L'association pour l'union et le recours en assurance (ci-après dénommée LA CONTRACTANTE) auprès d'AXA France VIE et AXA France IARD (ci-après dénommés l'ASSUREUR), au profit de ses adhérents, en vue de garantir des prêts immobiliers et des prêts personnels accordés par des organismes prêteurs (ci-après dénommés le ou les prêteurs). Ce contrat permet aux emprunteurs, coemprunteurs et à leurs cautions, aux dirigeants ou cautions de personne morale, de s'assurer, en fonction de leur choix et de la nature de leur activité professionnelle, contre les risques de DÉCÈS, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA), INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT), INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT), INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (IPP) et PERTE D'EMPLOI (PE).

Le contrat est régi par le Code des assurances dont l'article L.113-8 prévoit notamment :

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

II - Caractéristiques des opérations garanties

Les caractéristiques des prêts immobiliers et professionnels entrant dans le champ d'application du présent contrat sont les suivantes :

- **prêts amortissables**, à taux fixe ou à taux indexé, d'une durée maximale de 30 ans.
 - **prêts relatifs à une VEFA** (Vente en Etat Futur d'Achèvement), prêts amortissables tels que définis ci-dessus, à déblocages successifs, avec une période maximale de 3 ans entre la date de l'offre de prêt et le dernier déblocage des fonds,
 - **prêts par paliers** ou prêts lissés d'une durée maximale de 30 ans,
 - **prêts modulables** : ils sont remboursables par échéances constantes ou variables et ont une durée maximale de 30 ans (y compris le rallongement de la durée initiale liée à une baisse du montant de la mensualité). Il est précisé que l'assurance peut être prolongée dans la limite de 2 ans sans nouvelle formalité médicale.
 - **prêts in fine, y compris Crédit-Bail et LOA** : ces prêts sont d'une durée maximum de 20 ans. Les intérêts sont réglés périodiquement.
 - **crédits relais** : ces prêts sont d'une durée maximum de 3 ans. Les intérêts peuvent être réglés soit périodiquement, soit capitalisés et réglés avec le remboursement global du prêt.
- Il est précisé que la durée maximale des prêts amortissables et des prêts modulables est portée à 35 ans pour les postulants âgés de moins de 45 ans à la date de signature de la demande d'adhésion.
- **Les prêts personnels** amortissables d'un montant minimum de 10.000 € entrent également dans le champ d'application du présent contrat.
- Dès lors, le terme utilisé dans la suite du présent document sera « PRÊT ».

III - Conditions d'admission

ADMISSIBILITÉ

Sont admissibles au présent contrat les personnes physiques :

- résidant en France ou dans un pays membre de l'Union Européenne et dont la résidence fiscale se situe dans l'Union Européenne,
- âgées à la date de signature de la demande d'adhésion de :
 - plus de 18 ans,
 - moins de 85 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est inférieur ou égal à 500 000 €,
 - moins de 65 ans pour la garantie DÉCÈS, si le capital total à assurer est supérieur à 500 000 €,
 - moins de 70 ans pour les garanties PTIA, IPT, IPP
 - moins de 65 ans pour les garanties ITT et PERTED'EMPLOI
 - moins de 65 ans pour la couverture BÉNÉFICIAIRES CROISÉS,

qui postulent à un contrat de prêt tel que défini au chapitre II « CARACTÉRISTIQUES DES OPERATIONS GARANTIES » en qualité d'emprunteur, de co-emprunteur, de dirigeant, ou de caution de personne physique ou morale,

- âgées de plus de 18 ans qui constituent, à l'appréciation du prêteur, un élément primordial de la bonne marche et de la stabilité de la personne morale « emprunteuse » ou qui s'engagent avec cette dernière à rembourser le prêt. Il est précisé que seules les sociétés de 10 salariés au plus peuvent bénéficier de ces prêts professionnels.

Toutefois, lorsqu'un emprunteur ou co-emprunteur n'est pas admissible

à l'assurance en raison d'une absence d'activité professionnelle salariée lors de l'octroi du prêt, il peut, s'il remplit par ailleurs les autres conditions d'admissibilité, demander son adhésion à l'assurance perte d'emploi à partir de la date à laquelle il devient salarié et ce dans un délai maximal de 6 mois à compter de la prise d'effet de son contrat de travail.

IL EST PRÉCISÉ QUE SEULS LES TITULAIRES DE PRÊTS AMORTISSABLES ET MODULABLES PEUVENT DEMANDER LA GARANTIE PERTE D'EMPLOI.

NATURE DES GARANTIES

Chaque postulant a la possibilité de choisir l'une des FORMULES suivantes :

❖ FORMULE 1 :

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

❖ FORMULE 1 Bis : (sauf pour un prêt relais)

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Invalidité Permanente et Totale (IPT),

❖ FORMULE 2 : (sauf pour un prêt relais)

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente et Totale (IPT),

❖ FORMULE 3 : (sauf pour un prêt relais)

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT), Invalidité Permanente et Totale (IPT), Invalidité Permanente et Partielle (IPP).

❖ FORMULE 4 : «BÉNÉFICIAIRES CROISÉS». (sauf pour un prêt personnel)

Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),

Pour garantir au bénéficiaire de son choix, tout ou partie de la quotité non couverte par un contrat d'assurance de prêt souscrit au profit du prêteur.

En complément des FORMULES 2 ou 3, le postulant pourra également choisir les options ci-dessous (uniquement l'option 2 pour la FORMULE 1 Bis) :

OPTION 1 : PERTE D'EMPLOI (PE).

Le postulant choisi un des 2 niveaux d'indemnisation sur la demande d'adhésion :

- prise en charge à hauteur de 50 %, de la mensualité affectée de la quotité assurée.

OPTION 2 : PREFERENCE

Cette option permet de racheter les deux dernières exclusions du chapitre XIV «Risques exclus», concernant les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Les FORMULES 2 et 3, et l'OPTION 1, ne peuvent être souscrites qu'aux conditions suivantes :

- le proposant exerce une activité professionnelle rémunérée et réside habituellement en France,
- ou qu'il réside dans l'un des pays de l'Union Européenne et qu'il est titulaire d'un contrat de travail français.

En outre, seules les personnes physiques, emprunteurs et co-emprunteurs exerçant, à la date de signature de la demande d'admission, une activité professionnelle salariée peuvent souscrire à l'OPTION 1.

Le choix des FORMULES et OPTIONS est indiqué lors de l'adhésion. Toutefois, sous réserve de l'accord de l'assureur et du renouvellement des formalités d'adhésion, ce choix pourra être modifié.

CAUTION

Lorsqu'elles répondent aux conditions d'admission définies aux paragraphes précédents, les personnes physiques intervenant au contrat de prêt en qualité de caution peuvent adhérer aux FORMULES 1, 1 Bis, 2 ou 3. Elles acquittent alors les cotisations prévues. Toutefois, les garanties ne leur sont acquises qu'en cas d'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur et si elles apportent la preuve qu'elles sont les payeurs réguliers et reconnus du prêt concerné depuis au moins six mois continus au jour du sinistre.

FORMALITÉS D'ADHÉSION

Chaque postulant doit remplir et signer une demande d'admission.

Il doit également satisfaire aux formalités médicales d'admission demandées par l'Assureur qui lui seront précisées par la Contractante.

Selon le montant du capital à assurer et de son Age à la date de la demande d'admission, le postulant devra :

- répondre au questionnaire simplifié ou détaillé de l'Assureur, que lui aura remis la Contractante. Il peut, s'il le souhaite, adresser directement le questionnaire médical, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Ce dernier peut demander un complément information.

– se soumettre aux examens médicaux demandés par le Médecin conseil de l'Assureur.

Pour les prêts Immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, et lorsque la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédit du postulant à l'assurance n'excède pas 200 000 euros, et que l'échéance de remboursement du crédit contracté est antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré, **le postulant à l'assurance est dispensé de toute formalité médicale**. Dans ce cas, seule la signature d'une demande d'admission est exigée.

Les honoraires médicaux relatifs à ces formalités médicales sont à la charge de l'Assureur, dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale.

Toutes les pièces médicales sous pli confidentiel et demandes de remboursement d'honoraires destinées au Médecin conseil de l'Assureur sont à envoyer à l'adresse suivante :

Service Gestion ASSURANCE DE PRET - MULTI-IMPACT
M. LE MEDECIN CONSEIL : 41 - 43 Avenue Hoche CS
110002 - 51687 REIMS CEDEX

L'Assureur peut :

- accepter sa demande :
 - au taux normal de cotisation ou à un taux majoré,
 - sans restriction ou en excluant certaines pathologies ou certaines garanties.
- refuser sa demande.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, le postulant est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE et IARD, pour des prêts antérieurs ou concomitants non encore arrivés à terme, les formalités à accomplir sont celles correspondant au cumul des sommes à assurer, en tenant compte des capitaux restant dus sur les précédents prêts.

Convention AERAS :

Selon certaines conditions de montant et de durée du prêt, le postulant peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS. Le Distributeur et l'Organisme assureur s'engagent à respecter les dispositions de la convention AERAS contenues dans le dépliant remis au postulant par le distributeur et consultable à l'adresse suivante : www.aeras-infos.fr Les dispositions de la Convention AERAS se substituent en tant que de besoin aux présentes dispositions. Aussi, toute demande d'adhésion d'un candidat présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être accepté aux conditions standard au titre du présent contrat, avec le cas échéant exclusion(s) et/ou surprime, est automatiquement transférée vers un dispositif de 2ème niveau qui permet un réexamen individualisé de sa demande. En cas de refus d'assurance au 2ème niveau, l'Organisme assureur transmet le dossier au pool de réassurance de 3ème niveau du dispositif AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la souscription et des règles de confidentialité.

Si des formalités médicales sont exigées, l'Organisme assureur s'engage à respecter les dispositifs relatifs au Droit à l'oubli et à la Grille de référence AERAS en vigueur. Pour connaître les conditions d'éligibilité, les modalités d'application et les pathologies concernées par ces dispositifs, reportez-vous au Document d'information AERAS annexé au questionnaire médical remis lors de votre demande d'adhésion ou consultable sur le site internet officiel de la Convention AERAS : www.aeras-infos.fr.

IV - Capital assuré

A partir des éléments figurant sur la demande d'adhésion, il est défini un **CAPITAL TOTAL À ASSURER** permettant de déterminer les formalités d'admission à accomplir par le postulant, dont le montant est égal :

- au montant du capital emprunté multiplié par la valeur de la quotité figurant sur la demande, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe «ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR» du présent chapitre,
- majoré des capitaux restant dus à la date de demande d'adhésion, assurés au titre du présent contrat et de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE et IARD.
- Lors de l'adhésion au contrat le capital assuré ainsi que le tableau d'amortissement seront convertis en euros en fonction du barème contre-valeur en vigueur à cette date, intégrant un coefficient de majoration de 1,2 sur le taux de change.

Il en sera de même pour les cotisations et les prestations.

- Ce barème restera valable pendant toute la durée de l'adhésion et ce, même en cas de modification en cours d'assurance impliquant une actualisation du tableau d'amortissement (tel que le remboursement anticipé partiel du prêt).
- L'attention de l'assuré et de l'emprunteur est donc attirée sur le fait que le montant des prestations servies par l'assureur étant exprimé en euros en fonction du barème sus décrit, l'emprunteur pourra être redevable d'une somme complémentaire à l'organisme prêteur et en assumera alors la charge exclusive.
- En cas de solde positif éventuel entre le montant assuré et le montant dû à l'organisme prêteur, ce solde sera versé conformément aux dispositions du paragraphe BÉNÉFICIAIRES ci-après, à savoir : au conjoint de l'Assuré, à défaut aux enfants de l'Assuré vivants ou représentés, par parts égales, à défaut aux héritiers de l'Assuré, sauf autre désignation communiquée par écrit par l'Assuré lors de son adhésion ou ultérieurement.

ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR

Le montant maximal de l'engagement de l'assureur, pour un même assuré, quel que soit le nombre de prêts garantis au titre du présent contrat et/ou au titre de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE et IARD, est limité à **3 000 000 euros (TROIS MILLIONS D'EUROS)**.

Si, lors de l'octroi d'un prêt, l'assuré est déjà garanti par le présent contrat et/ou par un ou des contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE et IARD, au titre de prêts non encore arrivés à terme, le montant de l'engagement de l'assureur au titre du nouveau prêt est limité au maximum ci-dessus, diminué du montant total des sommes restant dues au titre de prêts antérieurs à la date de signature de la demande d'adhésion.

V - Date d'effet et étendue territoriale des garanties

PRINCIPE GENERAL

L'assuré est garanti pour toute la durée de l'opération de crédit sous réserve de l'application des dispositions prévues au chapitre VIII «CESSATION DES GARANTIES». Les garanties joueront conformément à l'échéancier prévu à l'origine du prêt, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification. L'assuré est tenu d'informer le :

Service Gestion ASSURANCE DE PRET – MULTI-IMPACT
41 - 43 Avenue Hoche - CS 110002
51687 REIMS CEDEX.

de toute modification concernant le ou les prêt(s) assuré(s). Il lui appartient alors de fournir le nouvel échéancier.

AMÉNAGEMENT DU PRÊT EN CAS DE REMBOURSEMENT ANTICIPÉ PARTIEL

En cas de remboursement anticipé partiel, les garanties joueront conformément au nouvel échéancier, sans qu'un retard dans les versements puisse y apporter une modification.

Changement de quotité : Un changement de quotité en cours de prêt sera possible, sous réserve d'une nouvelle sélection médicale en cas d'augmentation. Ce changement ne pourra intervenir qu'à la date anniversaire de la date d'effet avec un préavis de deux mois.

En cas de demande de réduction de la quotité assurée, la modification ne pourra se faire qu'après réception de l'accord écrit du bénéficiaire.

CUMUL DES GARANTIES : Si plusieurs personnes sont assurées pour un même prêt au titre du présent contrat et/ou de contrats souscrits par la Contractante auprès d'AXA France VIE et IARD, les garanties sont limitées au montant des capitaux ou prestations qui seraient dus pour une seule personne assurée avec une quotité assurée de **100 %**. Le total des garanties cumulées peut ainsi dépasser le montant des sommes dues, mais l'indemnisation de l'assureur n'en reste pas moins limitée à ce montant pour l'ensemble des assurés d'un même prêt, et ce, tous contrats confondus.

DATE D'EFFET DES GARANTIES ET DÉCÈS ACCIDENTEL

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sous réserve de la date de signature de l'offre de prêt ou du déblocage des fonds, de l'acceptation du risque par l'assureur et du paiement de la première prime d'assurance par prélèvement automatique, sous réserve que cette mise en place intervienne dans un délai de 30 jours à compter de l'acceptation du risque par l'assureur.

Toutefois,

- si **180 jours** se sont écoulés depuis la date de signature de la demande d'adhésion sans que les garanties aient pris effet, les formalités accomplies doivent être renouvelées,
- tant que l'acceptation des risques n'a pu être formulée par l'assureur, la couverture du risque de **DÉCÈS ACCIDENTEL** est néanmoins acquise à la date de mise en vigueur de l'offre de prêt, pour le montant du capital assuré, **dans la limite de 350 000 euros (TROIS CENT CINQUANTE MILLE EUROS)** et sous réserve des exclusions indiquées au chapitre XIV «RISQUES EXCLUS». La couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne devient effective qu'au jour de l'acceptation par l'assureur,
- si au vu des conclusions du Médecin Conseil, l'assureur se prononce sur le refus de l'adhésion du postulant, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour de la signification du refus à l'assuré.

IL EST PRÉCISÉ QUE DANS LE CAS OÙ L'ASSUREUR NE PEUT STATUER SUR L'ADMISSION AVANT L'EXPIRATION DU TROISIÈME MOIS À COMPTER DE LA DATE DE SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHÉSION, LA COUVERTURE DU RISQUE DE DÉCÈS ACCIDENTEL CESSE TROIS MOIS JOUR POUR JOUR À COMPTER DE LADITE DATE.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties d'assurance du présent contrat s'exercent dans le monde entier dans les limites fixées à l'article 14 "RISQUES EXCLUS".

VI - Engagement de l'assuré

L'assuré peut résilier son adhésion à l'assurance PERTE D'EMPLOI, avec l'accord du prêteur, si le montant de la cotisation est révisé à la hausse conformément au chapitre XIII «GARANTIE PERTE D'EMPLOI» paragraphe «REVISION DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES OU REGLEMENTAIRES» et au chapitre XVI «COTISATIONS ». L'assureur informera l'assuré de cette révision par courrier, au

moins 3 mois avant la date anniversaire de son adhésion. L'assuré pourra, s'il le souhaite, résilier son adhésion au plus tard UN MOIS avant la date anniversaire de son adhésion, par lettre recommandée adressée à l'assureur. La garantie cessera alors pour l'assuré à la date de renouvellement de son adhésion. Toute dénonciation est définitive ; l'assuré ne pourra alors jamais adhérer à nouveau à l'assurance, sauf pour une autre opération immobilière.

VII - Durée du contrat et des garanties

En cas de résiliation du contrat n° 4059 ASSURANCE DE PRET par l'Association ou l'Assureur, les conditions de garantie des adhésions en cours sont maintenues jusqu'au terme des prêts. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée à compter de cette date de résiliation.

L'assuré peut résilier les garanties en mettant fin à son adhésion à la date de renouvellement de celle-ci. Pour cela, il doit prévenir le :

Service Gestion ASSURANCE DE PRET – MULTI-IMPACT
41 - 43 Avenue Hoche - CS 110002
51687 REIMS CEDEX.

par courrier recommandé au moins 30 jours avant la date de renouvellement de son adhésion, accompagnée de l'autorisation de l'organisme prêteur.

Il est cependant précisé que la résiliation des garanties couvertes par les FORMULES 2 ou 3 entraîne automatiquement la résiliation de l'OPTION 1 «PERTE D'EMPLOI» et de l'OPTION 2 «PREFERENCE» si elles ont été souscrites. Indépendamment des FORMULES 2 OU 3, les OPTIONS 1 et/ou 2 peuvent être résiliées seules, avec l'accord de l'organisme prêteur.

Par contre, la résiliation de la FORMULE 4 peut être effectuée seule, n'est pas assujettie à l'autorisation du prêteur, et n'a donc aucune incidence sur la validité des autres FORMULES ou OPTIONS si elles ont été souscrites.

VIII - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin pour chaque assuré :

- 180 jours après la date de signature de l'offre de prêt si aucun versement de fonds, total ou partiel, n'a été effectué,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assuré, conformément aux dispositions des articles L113-12-2 du Code des assurances, L.313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances,
- lors du remboursement total, anticipé ou non, du prêt garanti,
- en cas de résiliation du contrat de prêt par échéance du terme entraînant l'exigibilité du prêt,
- à la date de résiliation par l'assuré de son adhésion à l'association contractante,
- en cas de cessation du paiement des cotisations, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances,

Et en outre,

- pour la garantie **DÉCÈS** (sauf Décès de la FORMULE 4) :
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **90ème anniversaire** de l'assuré si le capital total à assurer est **inférieur à 500 000 €** à la souscription;
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **75ème anniversaire** de l'assuré si le capital total à assurer est **supérieur à 500 000 €** à la souscription;
- pour la garantie **DECES** de la FORMULE 4 : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **70ème anniversaire** de l'assuré ;
- pour les garanties **PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE** et **INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE** :
 - à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit le **70ème anniversaire** de l'assuré ;
 - pour les garanties **INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL** : à la date de renouvellement de l'adhésion qui suit la survenance de l'un des événements suivants :
 - départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail;
 - mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable ;
 - **67ème anniversaire** de l'assuré ;
 - pour la garantie **PERTE D'EMPLOI** :
 - à la date du **65ème anniversaire** de l'assuré,
 - à la date de départ à la retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail,
 - à la date de mise en situation de retraite ou de préretraite en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes, ou tout autre régime assimilable.

IX - Bénéficiaire de l'assurance

Pour toute somme rendue exigible par suite de la réalisation de l'un des risques couverts par le contrat, le prêteur est le bénéficiaire acceptant dans la limite des sommes dues par l'assuré.

Pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s), le bénéficiaire est :

- en cas de décès :
 - le conjoint survivant de l'assuré, non séparé de corps, non divorcé,
 - à défaut et conjointement entre eux, les enfants vivants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs,
 - à défaut, le père et la mère de l'assuré, conjointement ou le survivant d'entre eux,
 - à défaut, les ayants-droit de l'assuré,
- ou toute autre personne expressément désignée par l'assuré par lettre recommandée, datée, signée et adressée au service Gestion ASSURANCE DE PRET. La modification interviendra à compter de la date d'envoi de cette lettre (le cachet de la poste

faisant foi).

- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
- l'assuré lui-même.

En ce qui concerne la garantie décès de la FORMULE 4 "BÉNÉFICIAIRES CROISÉS" c'est la clause bénéficiaire en cas de décès ci-dessus qui s'applique.

X - Garanties décès / perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident survenu postérieurement à l'entrée dans l'assurance, ne peut plus définitivement se livrer à aucune activité professionnelle lui procurant gain ou profit. Il doit, en outre, avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

De plus, l'assuré ayant une activité salariée doit être classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie ou bénéficiaire au titre d'un accident de travail d'une majoration pour tierce personne.

La réalisation du risque PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ne donne lieu à garantie que si elle intervient avant l'expiration de la garantie définie au chapitre VIII «CESSATION DES GARANTIES». Elle est assimilée au décès et par conséquent met fin aux assurances.

MONTANT DE LA PRESTATION

EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'assuré, survenant avant la date de cessation de la garantie indiquée au chapitre VIII « CESSATION DES GARANTIES », le montant du capital versé est égal au montant défini ci-dessous, affecté de la quotité assurée :

- pour les prêts amortissables, relatifs à une VEFA, par paliers, modulables : au montant du capital restant dû au jour du décès, majoré :
 - du montant des fonds non encore versés à l'assuré au jour du décès, si pour le prêt consenti la totalité du capital n'a pas encore été débloquée, sous réserve que les cotisations correspondantes aient été réglées,
 - des intérêts courus entre la date de la dernière échéance et la date du décès.
- pour les prêts relais ou « IN FINE » :
 - au montant du capital emprunté à l'origine, majoré des intérêts courus :
 - entre la date de dernière échéance précédant le décès et la date du décès, pour les prêts avec différé partiel d'amortissement,
 - entre la date d'octroi du prêt et la date du décès, pour les prêts avec différé total d'amortissement.

Les éventuelles échéances impayées, intérêts de retard ou pénalités ne sont pas pris en compte.

Si une échéance survient le jour du décès, elle est considérée comme postérieure à cette date et, par conséquent, l'amortissement du capital compris dans cette échéance est inclus dans la garantie.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le montant du capital assuré est égal à celui prévu en cas de décès à la date de reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par le Médecin Conseil de l'assureur.

Toutefois, les sommes en capital qui ont pu être réglées par l'assureur au titre des garanties ITT, IPT et IPP pour un même prêt sont déduites du montant du capital à régler, au titre de la PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE dans la mesure où ces sommes en capital sont venues à échéance postérieurement au jour de la reconnaissance, au sens du contrat, de la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à l'ensemble des garanties du contrat.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les pièces suivantes sont à adresser au Médecin Conseil du Service Gestion ASSURANCE DE PRET dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des pièces par l'assureur.

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

- l'acte de décès de l'assuré,
 - le certificat d'assurance,
 - l'échéancier certifié conforme à la date du décès par le(s)prêteur(s),
 - un certificat obtenu par les ayants-droits auprès du médecin traitant de l'assuré, sans mention diagnostique, indiquant la cause du décès (naturelle, accidentelle, suicide ou homicide) et précisant, si le défunt, à la date de souscription, suivait ou non un traitement médical, et/ou était soumis ou pas à une surveillance médicale, en relation directe ou non avec le décès. Ce certificat devra être transmis par les ayants-droits au Médecin Conseil sous pli confidentiel.
 - une copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il existe,
 - une attestation du prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,
- et, pour la part éventuelle de capital excédant les sommes dues au(x) prêteur(s) :
- le relevé d'identité bancaire du (des) bénéficiaire(s)
 - la carte nationale d'identité du (des) bénéficiaire(s)

- un acte de notoriété héréditaire,
- l'échéancier certifié conforme par le(s) prêteur(s) à la date de la demande de prise en charge,
- le certificat d'assurance,
- un certificat médical du médecin traitant, sur formulaire de l'assureur apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident qui est à l'origine de la demande de prise en charge,
- le justificatif de l'allocation pour assistance d'une tierce personne,
- et pour les salariés, fonctionnaires ou assimilés, la notification de la pension d'invalidité 3ème catégorie établie par la sécurité sociale,
- une attestation du prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

En ce qui concerne la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, l'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

XI - Garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Ces garanties sont réservées aux personnes qui auront effectivement souscrit la FORMULE 1 Bis (pour l'IPT seulement), 2 ou la FORMULE 3 du présent contrat et :

- concernent les assurés qui, âgés de moins de 67 ans au moment du sinistre, résident en France et y exercent leur activité professionnelle ou sont demandeurs d'emploi, ou résident dans l'un des pays de l'Union Européenne et sont titulaires d'un contrat de travail français.
- sont acquises pour la caution qui apporte la preuve qu'elle est le payeur régulier et reconnu du (des) prêt(s) concerné(s) depuis au moins six mois continus au jour du sinistre suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou le co-emprunteur.
- Toutefois, les assurés, ayant opté pour la FORMULE 2 ou la FORMULE 3, qui au moment du sinistre sont âgés de moins de 67 ans, n'exercent plus d'activité professionnelle au moment du sinistre et résident fiscalement en France, sont assurés en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail uniquement.

PERIODE DE FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé 90 jours continus d'incapacité totale de travail, décomptés à partir du premier jour de chaque arrêt de travail.

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Est en Incapacité Temporaire Totale de Travail au sens du présent contrat :

- l'assuré exerçant une activité professionnelle ou demandeur d'emploi, se trouvant, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession,
- l'assuré n'exerçant plus d'activité professionnelle, se trouvant à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, dans l'impossibilité complète, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer ses activités habituelles non professionnelles.

Le premier jour d'arrêt de travail doit nécessairement être postérieur à la date d'effet des garanties.

Pour l'assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du sinistre, l'état d'incapacité de travail ouvrant droit à prestation cesse le jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur de l'invalidité permanente de l'assuré, et au plus tard trois ans après la date de début de l'arrêt de travail.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

L'assuré qui exerçait une activité professionnelle ou était demandeur d'emploi au moment du 1er jour d'incapacité de travail, sera en **invalidité permanente** au sens du présent contrat, s'il se trouve, à la suite d'une maladie ou d'un accident, dans l'impossibilité totale ou partielle et de façon permanente, constatée médicalement sur le sol français, y compris dans les DROM-COM, d'exercer sa profession, et dont l'état de santé est stabilisé, et qui justifie d'un **taux contractuel d'incapacité supérieur à 33 %**.

Les garanties invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle sont déterminées en fonction du TAUX CONTRACTUEL d'incapacité fixé par le médecin conseil de l'assureur.

Le TAUX CONTRACTUEL d'incapacité qui détermine le droit aux prestations est calculé en fonction du taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE et du taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE de l'assuré, selon le barème ci-après.

Le taux d'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de capacité physique ou mentale suite à la maladie ou à l'accident, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

Le taux d'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée. Il tient compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Barème des taux contractuels d'incapacité :

| Taux d'incapacité professionnelle | Taux d'incapacité fonctionnelle | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 10 | | | | | | | 37% | 40% | 43% | 46% |
| 20 | | | | | 37% | 42% | 46% | 50% | 55% | 58% |
| 30 | | | | 36% | 42% | 48% | 53% | 58% | 62% | 67% |
| 40 | | | 40% | 46% | 52% | 58% | 64% | 69% | 74% | |
| 50 | | 36% | 43% | 50% | 56% | 63% | 68% | 74% | 79% | |
| 60 | | 38% | 46% | 53% | 60% | 66% | 73% | 79% | 84% | |
| 70 | | 40% | 48% | 56% | 63% | 70% | 77% | 83% | 89% | |
| 80 | | 42% | 50% | 58% | 66% | 73% | 80% | 87% | 93% | |
| 90 | | 43% | 52% | 61% | 69% | 76% | 83% | 90% | 97% | |
| 100 | 34% | 45% | 54% | 63% | 71% | 79% | 86% | 93% | 100% | |

| | | |
|--|--|--|
| Le taux contractuel d'incapacité est inférieur ou égal à 33 % : l'assuré n'est pas en incapacité de travail. | Le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente partielle. | Le taux contractuel d'incapacité est égal ou supérieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente et totale. |
|--|--|--|

L'assureur considère alors :

- en **invalidité permanente totale**, tout assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66%,
- en **invalidité permanente partielle**, tout assuré dont le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%.

INDEMNISATION

Comme tout contrat d'assurance, le présent contrat est par nature un contrat aléatoire par lequel en contrepartie d'une prime ou d'une cotisation, l'assureur s'engage vis-à-vis de l'adhérent à une prestation en cas de réalisation d'un ou plusieurs risques contre lesquels l'assuré souhaite se protéger. Ces risques sont des événements dont la survenance est incertaine en son principe (par exemple un accident) ou sa date (décès). En conséquence, le contrat d'assurance ne peut conduire à l'indemnisation d'un risque que l'assuré sait déjà réalisé au jour de l'adhésion, aucune garantie ne pouvant être due par l'assureur en l'absence d'aléa sur le risque assuré.

MONTANT DES PRESTATIONS

Pour l'assuré reconnu en état d'incapacité de travail, l'assureur règle au(x) prêteur(s) à l'expiration de la période de franchise et dans les limites prévues aux paragraphes « LIMITATION DES PRESTATIONS » et « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS » du présent chapitre, 100 % du montant de l'échéance mensuelle due en application du contrat de prêt, conformément au tableau d'amortissement fourni lors de la déclaration du sinistre, affecté de la quotité assurée.

L'indemnisation de l'incapacité temporaire totale de travail est étendue à l'assuré qui, au moment du sinistre n'exerce plus d'activité professionnelle. L'indemnité est versée pendant une durée maximale de 3 ans.

La prestation versée au titre de la période allant du 91e jour à la prochaine échéance est calculée au prorata du nombre de jours d'arrêt de travail.

En cas de reprise du travail à mi-temps thérapeutique sur prescription médicale, l'assureur règle 50% du montant de l'échéance mensuelle due, conformément au tableau d'amortissement, multiplié par la quotité assurée.

Les échéances trimestrielles, semestrielles ou annuelles, sont décomposées en échéances mensuelles égales.

Les cas échéant, ces sommes tiennent compte des modalités de fonctionnement du prêt notifiées par le(s) prêteur(s) et valides depuis plus de six mois au moment du sinistre, notamment en cas de modulation ou de révision. L'assuré devra avoir régulièrement fourni les nouveaux tableaux d'amortissement.

L'assureur rembourse également les fractions de cotisations relatives aux garanties DECÈS / PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE afférentes aux échéances indemnisées.

Il est précisé que pour les prêts sans amortissement d'intérêt, aucune prestation n'est due pendant la période de différé total d'amortissement.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances non prévues au contrat de prêt et intervenues moins de six mois avant l'arrêt de travail ou pendant l'incapacité de travail,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le(s) prêteur(s),
- pour les prêts à remboursement in fine, le montant du capital.

À la date de la consolidation de l'état de santé de l'assuré le maintien des prestations, leur réduction ou leur suppression, est fonction du taux contractuel d'incapacité et de la FORMULE choisie par l'assuré sur sa demande d'adhésion :

FORMULE 1 Bis, garantie IPT :

- si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues, si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.

FORMULE 2, garanties ITT et IPT : si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues, si le taux contractuel d'incapacité est inférieur à 66 %, les prestations sont supprimées.

FORMULE 3, garanties ITT, IPT et IPP :

- si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %, les prestations sont maintenues,
- si le taux contractuel d'incapacité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, les prestations sont calculées de la façon suivante :
 - N-33 des sommes dues en cas d'incapacité totale x quotité,
 - 33 (N étant le taux contractuel d'incapacité),
- si le taux contractuel est inférieur ou égal à 33 %, les prestations sont supprimées

LIMITATION DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le montant de la prestation mensuelle est limité à 8 000 euros (HUIT MILLE EUROS) pour un même assuré tous prêts confondus.

S'il apparaît, au moment du sinistre, que les sommes assurées, quel que soit le nombre de prêts assurés au titre du présent contrat, sont supérieures au montant maximal fixé au paragraphe « ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR » du chapitre IV « CAPITAL ASSURÉ », l'indemnisation sera réduite à concurrence dudit montant.

L'ouverture du droit aux prestations Incapacité de travail et Invalidité n'interrompt pas l'obligation de l'emprunteur au remboursement du prêt garanti.

DURÉE D'INDEMNISATION

L'assureur rembourse au terme du délai de franchise les échéances d'amortissement des prêts, calculées prorata temporis et ce dans les limites indiquées ci-dessus, et conformément aux dispositions du paragraphe « CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ».

REPRISE DU TRAVAIL

Si, après avoir repris son travail pendant une période inférieure ou égale à **DEUX MOIS**, l'assuré est victime d'une rechute provenant de la même maladie ou du même accident, la durée de reprise du travail sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations.

En revanche, une rechute survenant **plus de DEUX MOIS** après la reprise du travail sera considérée comme un nouvel arrêt de travail et entraînera une nouvelle application du délai de franchise.

RÈGLEMENT DES SINISTRES

DÉLAIS DE DÉCLARATION

Sauf effet de la prescription légale rappelée ci-après, les sinistres déclarés **plus de 180 jours** après leur survenance, seront considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration. Toutefois, il ne sera pas fait application du délai de franchise.

CESSATION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS ITT, IPT ET IPP

Le paiement des prestations cesse :

- lorsque le taux contractuel d'incapacité est :
 - inférieur à 66 % pour la **FORMULE 1 Bis** ou **FORMULE 2**,
 - et inférieur ou égal à 33 % pour la **FORMULE 3**,
- à la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie,
- à la date de reprise même partielle d'une activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un mi-temps thérapeutique,
- à la date de départ en retraite, y compris la retraite pour inaptitude au travail, ou à la date de mise à la retraite ou de préretraite en application de la législation en vigueur, au plus tard,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'assuré atteint son **67ème anniversaire**, et, en tout état de cause,
- au terme normal ou anticipé du prêt garanti.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du versement des prestations prévues au paragraphe « INDEMNISATION » du présent chapitre, le Service Gestion ASSURANCE DE PRET constitue le dossier sinistre. Quel que soit le régime social de l'assuré ou le type de prêt souscrit, la première demande de prestations doit être accompagnée :

- de la copie du certificat d'assurance,
- d'un certificat médical du médecin traitant, sur le formulaire fourni par l'assureur,
- du tableau d'amortissement du (ou des) prêt(s) certifié conforme par le ou les prêteurs à la date du sinistre,
- d'une attestation du prêteur, si l'assuré est caution, certifiant qu'il s'est substitué au paiement des échéances de prêt depuis au moins six mois continus au jour du sinistre, suite à l'insolvabilité de l'emprunteur ou du co-emprunteur,

Outre ces documents, les justificatifs suivants doivent être transmis :

- **pour les assujettis au régime général de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - les décomptes de règlement dudit organisme,
- **au cours de la période indemnisée :**
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,

- les justificatifs de paiement de pension ou rente.
- **pour les assujettis à un Régime Spécial de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**
 - une attestation de leur employeur précisant la date et la durée de l'arrêt de travail,
 - le cas échéant, les décomptes de règlement dudit organisme,
- **au cours de la période indemnisée :**
 - les bordereaux de paiement des prestations versées par l'organisme du régime social,
 - la notification d'attribution de la pension ou rente d'invalidité par la Sécurité Sociale ou tout organisme assimilé,

- les justificatifs de paiement de pension ou rente.

- **pour les assujettis au Régime des Travailleurs Non-Salariés de la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé :**

- les certificats de prolongation établis par le médecin traitant.

Toute modification de l'état de santé de l'assuré, toute prolongation accordée par le médecin traitant doivent être signalées à l'assureur dans le plus bref délai par la production de pièces justificatives, à défaut, l'état de santé est considéré comme consolidé au dernier jour d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie, l'assureur se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire nécessaire à l'appréciation du dossier.

XII – Couverture Bénéficiaires croisés

La présente garantie concerne les personnes :

- âgées de moins de 65 ans lors de la demande d'adhésion,
- qui ont souscrit, lors de l'octroi d'un prêt, une «assurance emprunteur», dont le bénéficiaire est l'organisme prêteur, pour un pourcentage inférieur à 100%,
- et qui souhaitent compléter cette première couverture en garantissant au bénéficiaire désigné au bulletin d'adhésion (conformément aux dispositions du chapitre VIII de la présente notice) le paiement du capital restant dû, au jour du décès ou à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie, correspondant au pourcentage non couvert par le contrat «assurance emprunteur», dans la limite du montant maximum assuré fixé ci-dessous.

Le montant minimum à garantir est fixé à 20.000 €. Le montant maximum à garantir est fixé à 350.000 €.

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

En vue du règlement, les pièces précisées au chapitre X de la présente notice, pour les risques de DECES et de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, sont à adresser au Médecin Conseil du Service Gestion ASSURANCE DE PRET, dans les 6 mois suivant la survenance du sinistre ; à défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble des pièces par l'assureur.

En ce qui concerne la PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, l'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

XIII – Garantie perte d'emploi

Cette garantie est réservée aux personnes qui auront effectivement souscrit l'OPTION 1 du présent contrat en complément des FORMULES 2 ou 3.

La présente garantie concerne les assurés âgés de moins de 65 ans à la date d'entrée en chômage. Le premier jour indemnisé par le PÔLE EMPLOI sera réputé être la date d'entrée en chômage.

La perte d'emploi est garantie si l'assuré réunit les conditions suivantes :

- avoir été en contrat de travail à durée indéterminée et être licencié
- bénéficiaire des revenus de remplacement prévus par les articles L5421-1 à L5422-1 du Code du travail.

Acquisition de droits

Les droits sont calculés en fonction de la durée d'activité en contrats de travail à durée indéterminée (CDI) au cours de la période de référence.

La période de référence débute :

- à la date de prise d'effet de la garantie après un délai de 12 mois si le prêt assuré n'a jamais donné lieu à indemnisation par l'assureur au titre de la garantie perte d'emploi,
- au lendemain du dernier jour indemnisé par l'assureur dans le cas contraire.

La période de référence prend fin :

- à la date de fin du contrat de travail à durée indéterminée rompu par le licenciement qui fait l'objet de la demande d'indemnisation.

Droits à indemnisation

L'assuré peut bénéficier de droits à indemnisation si, au cours de la période de référence, il justifie d'une **durée d'activité en CDI d'au moins 12 mois.**

La durée maximale d'indemnisation est alors calculée selon le tableau ci-dessous :

| Durée d'activité en CDI au cours de la période de référence | Durée maximale d'indemnisation |
|---|--------------------------------|
| ≤ 12 mois | Pas d'indemnisation |
| > 12 et ≤ 18 mois | 180 jours |
| Plus de 18 mois | 360 jours |

Reprise d'activité professionnelle suivie d'une nouvelle perte d'emploi : Après avoir repris une activité professionnelle, les durées d'indemnisation sont calculées selon les règles décrites ci-dessous :

❖ Si l'assuré réunit les conditions de la garantie perte d'emploi :
lorsque la reprise d'activité en CDI de l'assuré bénéficiant de la garantie perte d'emploi lui a permis d'acquies de nouveaux droits à indemnisation, la nouvelle durée d'indemnisation est égale à la durée la plus longue entre :

- le reliquat des droits acquis à l'issue de sa précédente indemnisation au titre du contrat,
- la durée maximale d'indemnisation acquise au titre de sa reprise d'activité.

Cette nouvelle durée maximale d'indemnisation annule tout droit à indemnisation antérieur. Si la reprise d'activité en CDI de l'assuré ne lui a pas permis d'acquies de nouveaux droits à indemnisation, la durée maximale d'indemnisation est égale au reliquat des droits acquis avant cette reprise d'activité.

❖ Si l'assuré ne réunit pas les conditions de la garantie perte d'emploi, notamment s'il a repris une activité en contrat à durée déterminée ou en mission d'intérim :
La durée maximale d'indemnisation est égale au reliquat des droits acquis avant cette reprise d'activité, l'assureur reprenant leur indemnisation dès que le PÔLE EMPLOI prend en charge cette nouvelle perte d'emploi.

Indemnisation

Les prestations sont dues à compter du premier jour indemnisé au titre du revenu de remplacement. L'assureur verse la prestation mensuellement au prorata du nombre de jours indemnisés par le PÔLE EMPLOI ou par un organisme assimilé.

Montant des prestations

La **base de calcul** est déterminée à partir des échéances dues pendant la période d'indemnisation. Elle est égale à 1/30ème de l'échéance mensuelle ou 1/90ème de l'échéance trimestrielle ou 1/180ème de la semestrialité ou 1/360ème de l'annuité venant à échéance affectée de la quotité assurée. Pendant toute la durée de l'indemnisation, les cotisations d'assurance continuent d'être versées à l'assureur. Toutefois, pour la détermination de l'indemnité journalière, la mensualité, trimestrialité ou semestrialité prise en considération comprend la cotisation d'assurance de l'intéressé.

Selon le niveau d'indemnisation choisi, la prestation s'élève à :

- **50 % de la base de calcul** dans la limite de **40 € journalier, tous prêts assurés confondus,**

En cas de chômage atteignant plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt, les versements de l'assureur ne pourront excéder le montant d'indemnisation défini ci-dessus.

Ne sont pas pris en compte :

- les augmentations d'échéances intervenues à la demande de l'assuré moins de 6 mois avant la date d'envoi de la lettre de licenciement et pendant la période de perte d'emploi,
- les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par le prêteur.

Suspension des prestations

Le versement des prestations est suspendu :

- dès que l'assuré reprend une activité rémunérée sous réserve des dispositions prévues pour les reprises d'activité réduite,
- dès que l'assuré bénéficie d'une indemnisation au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail.

Cessation des prestations

Le versement des prestations cesse :

- lors de la reprise d'activité rémunératrice, à temps complet, salariée ou non,
- à la date de cessation du versement du revenu de remplacement,
- à la date à laquelle l'assuré perçoit une aide de l'État au titre de la création d'entreprise,
- lorsque le nombre maximal d'indemnités journalières a été versé.

Reprise d'activité réduite

Pendant la période d'indemnisation de l'assureur, l'assuré peut reprendre une activité réduite et percevoir en même temps une partie de ses allocations PÔLE EMPLOI ou assimilé. L'assureur continuera alors à régler les prestations au titre de chaque jour où sera versé le revenu de remplacement, dans les limites fixées aux paragraphes « Droits à indemnisation », « Montant des prestations » et « Cessation des garanties » du présent chapitre.

Délai de déclaration

Sauf effet de la prescription légale prévue à l'article L.114-1 du Code des assurances et rappelée ci-après, l'assuré devra déclarer sa perte d'emploi au Service Gestion ASSURANCE DE PRET, dans les 180 jours qui suivent la date d'entrée en chômage. Passé ce délai, l'indemnisation prévue au contrat débutera au jour où la déclaration aura été faite. Tout sinistre qui sera déclaré plus de deux ans après la date d'entrée en chômage ne fera

l'objet d'aucune prise en charge.

Documents à fournir en cas de sinistre

La déclaration devra être accompagnée des justificatifs suivants :

- la (ou les) attestation(s) des employeurs remise(s) au PÔLE EMPLOI justifiant des durées des contrats de travail ayant précédé le licenciement et justifiant les durées d'activité en CDI pour le calcul de la période de référence,
- le contrat de travail concernant l'emploi exercé à la date de demande d'adhésion à l'assurance, en cas de changement d'employeur,
- la lettre de licenciement,
- la lettre d'admission au bénéfice du revenu de remplacement délivrée par le PÔLE EMPLOI ou par l'Etat,
- les décomptes d'allocations PÔLE EMPLOI ou de tout autre organisme assimilé depuis l'origine,
- un échéancier du prêt assuré en vigueur à la date d'entrée en chômage certifié conforme par le prêteur.

L'assuré devra fournir par la suite, tant qu'il est bénéficiaire des prestations :

- le décompte des allocations versées par le PÔLE EMPLOI ou par tout autre organisme assimilé.

L'assureur se réserve le droit de demander tout autre document qu'il jugera utile pour l'étude du dossier.

Révision des dispositions législatives ou réglementaires :

Conformément à l'article L.312-9 du Code de la consommation, toute modification proposée par l'assureur concernant la définition du risque garanti et des modalités de mise en jeu de l'assurance qui n'aurait pas été expressément acceptée par l'emprunteur assuré lui est inopposable.

En conséquence lorsqu'une décision législative ou réglementaire du Code du travail vient à modifier les dispositions de la présente assurance, l'assureur peut les suspendre ou les modifier. Il en avertira alors la contractante par lettre recommandée deux mois avant la date d'effet de la modification, qui en informera alors les assurés par courrier selon les dispositions prévues au chapitre XVI « Cotisations ».

Les assurés disposent alors d'une faculté de résiliation dans les conditions fixées au chapitre VII « Durée du contrat et des garanties ».

XIV – Risques exclus

Au titre des garanties de DECES, DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, ET D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL quelle qu'en soit la cause, les séquences et conséquences des risques suivants sont exclus :

- le suicide de l'assuré lorsqu'il survient pendant la première année d'assurance. Toutefois, le risque de suicide sera couvert dès l'adhésion, dans la limite du montant mentionné au décret visé par l'article L.132-7 du Code des assurances (120 000 € au 01/01/2004), en présence d'un prêt destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré,
- la participation à des matchs, courses, paris, compétitions sportives sauf en tant qu'amateur,
- les risques de navigation aérienne autres que ceux courus pour des vols entrepris à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- les sports aériens qui nécessitent ou non l'utilisation d'un engin à moteur se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, tentatives de record, vol sur prototypes, vol d'essai, sauts effectués avec des parachutes non homologués,
- la pratique ou la participation de l'assuré aux activités équestres suivantes : les courses de chevaux, le jumping, les concours hippiques, le raid, le polo, le rodéo et la chasse à courre, ainsi qu'aux compétitions sportives et à l'entraînement s'y rapportant,
- l'escalade, la randonnée en montagne, l'alpinisme pratiqués au-dessus de 3000 mètres, la plongée sous-marine effectuée à une profondeur de plus de 40 mètres,
- la pratique des sports cités ci-dessous :
les sports de combat, le cyclisme en compétition, les compétitions comportant l'utilisation d'une arme, les sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage), l'escalade ou l'alpinisme au-dessous de 3000 mètres, le canyoning, la spéléologie (l'usage d'explosif est exclu dans tous les cas), le motonautisme en compétition, la voile à plus de 25 miles des côtes, la plongée sous-marine à une profondeur de moins de 40 mètres, le kitesurf, les sports automobiles, la moto en compétition, le saut en parachute, les vols sur ailes volantes, le deltaplane, le parachutisme ascensionnel et le parapente, SAUF si ces activités sont pratiquées :
dans le cadre d'une activité professionnelle mentionnée sur la demande d'adhésion et ayant fait l'objet d'une tarification adaptée (classe de tarification CSP 4), ou, amateur si l'assuré établit que la pratique de l'activité, dans les conditions particulières précisées ci-dessus, a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire de brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement,

- les rixes auxquelles l'assuré participe de façon active, sauf le cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et celui de l'accomplissement du devoir professionnel,

- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,

- les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat, d'un acte de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroule cet événement et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
- les conséquences d'actes de nature terroriste perpétrés au moyen de, ou utilisant directement ou indirectement, toute matière radioactive ou d'origine chimique ou bactériologique ou virale.

En complément et spécifiquement pour LE RISQUE DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE sont exclus les séquelles et conséquences :

Les affections antérieures à la date d'effet de l'assurance sauf (i) celles relevant du droit à l'oubli, (ii) pour les assurés pour lesquels aucune formalité médicale n'a été demandée à l'adhésion, (iii) si l'Assuré en a fait état lors de son adhésion et que l'assureur n'a pas formulé de restrictions

- de maladies ou d'accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou de celles qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation volontaire, ou de refus de se soigner au sens de l'article L.324-1 du Code de la Sécurité Sociale,
- des accidents résultant de la consommation par l'assuré, de boissons alcoolisées constatée par une alcoolémie égale ou supérieure au taux réglementaire prévu en matière d'accident de la circulation, en vigueur à la date du sinistre dans le pays où se produit l'accident, ou de l'alcoolisme chronique de l'assuré,
- des accidents résultant de l'usage par l'assuré, de stupéfiants, de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescription médicale,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
- de la manipulation d'engins explosifs, de produits inflammables ou toxiques,
- des blessures ou lésions survenant ou contractées au cours de courses comportant un véhicule à moteur, de la pratique de sports de combat, d'ascensions de haute montagne.

En complément et spécifiquement pour les risques D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE, sont exclus :

- le congé légal de maternité, étant précisé que pour les assurées exerçant une activité professionnelle non salariée, la période concernée est assimilée au congé légal de maternité des assurées sociales, tant dans la durée qu'au niveau de la répartition des semaines avant et après la date présumée de l'accouchement,
- les arrêts de travail résultant de traitements esthétiques, d'opérations de chirurgie esthétique,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une dépression nerveuse ou à un syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie ou à une affection psychiatrique, neuropsychiatrique ou psychique, burn out/ épuiement professionnel sauf si une hospitalisation de plus de 7 jours continus a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité, ou si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle,
- l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une atteinte vertébrale ou discale ou radulaire (lumbago, lombalgie, sciatique, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) sauf si une intervention chirurgicale a été nécessaire pendant cette incapacité ou cette invalidité.

OPTION PREFERENCE: Pour les assurés ayant souscrit à l'OPTION 2 « PREFERENCE » sur la demande d'adhésion, et par conséquent fait le choix de racheter ces deux dernières exclusions moyennant une cotisation majorée et l'accord de l'assureur, celles-ci ne seront pas appliquées aux affections survenues postérieurement à la date d'effet de l'assurance, ou aux affections antérieures déclarées et non exclues par l'assureur.

Au titre de la garantie PERTE D'EMPLOI, les risques suivants sont exclus :

- ❖ dans tous les cas :
- la retraite ou la préretraite, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail,
- la démission, même prise en charge par le Pôle emploi ou par un organisme assimilé,
- toute cessation d'activité dont la réglementation implique la non recherche d'un nouvel emploi,
- le licenciement pour faute grave ou lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- le licenciement ou la rupture conventionnelle si l'assuré est salarié:
 - de son conjoint, d'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants,
 - d'une personne morale emprunteuse contrôlée ou dirigée par le conjoint de l'assuré, l'un de ses ascendants, collatéraux ou descendants, sauf si ce licenciement est concomitant à la liquidation judiciaire de l'entrepreneur ou de

l'entreprise, à une cessation d'activité liée à une invalidité ou au décès de l'entrepreneur ou du chef d'entreprise.

- ❖ pour une première indemnisation ou pour une nouvelle durée maximale d'indemnisation :

- le chômage saisonnier, partiel (par chômage partiel on entend toute période de chômage n'entraînant pas la rupture du contrat de travail) ou technique ou l'intempérie n'ayant pas entraîné de rupture du contrat de travail,
- la fin d'un contrat de travail à durée déterminée, la fin d'un chantier et la fin d'un contrat d'intérim,
- les ruptures de contrat de travail au cours d'une période d'essai ou à la fin de celle-ci.

XV- Contrôle en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle

Il n'existe aucun lien entre les décisions de l'assureur relatives à la perte totale et irréversible d'autonomie, à l'incapacité temporaire totale de travail, et à l'invalidité permanente totale ou partielle, et celles de la Sécurité Sociale ou d'organismes de même nature.

L'assureur se réserve le droit dans tous les cas de désigner un médecin afin d'examiner l'assuré pour contrôler son état de santé. La mise en place de cette expertise médicale entraîne obligatoirement la suspension de tout règlement. Les honoraires médicaux de cet examen sont à la charge de l'assureur.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à cet examen, l'assuré et ses ayants droit seront considérés comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou, d'invalidité permanente totale ou partielle, les parties intéressées pourront convenir de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre qui, faute d'entente sur le choix, pourra être désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

L'assuré et l'assureur supporteront par moitié les frais engendrés par cette procédure d'arbitrage. Le versement des prestations sera suspendu jusqu'à la date de la prononciation de la sentence arbitrale.

XVI – Cotisations

Les cotisations d'assurances sont dues à partir de la date d'effet des garanties. Cependant, l'assuré peut choisir une autre périodicité lors de son adhésion.

Le montant de la cotisation est fixé en fonction **MONTANT INITIAL DU PRET ou du CAPITAL RESTANT DU selon l'offre choisie à l'adhésion** et en fonction :

- du type de prêt assuré,
- de l'âge de l'assuré à la date de la demande d'admission,
- de l'activité professionnelle de l'assuré exercée à la date d'entrée en vigueur de l'assurance, du statut de fumeur ou de non-fumeur de l'assuré à la date de signature de la demande d'admission. Tout changement de ce statut devra avoir été préalablement déclaré par l'assuré à l'assureur ou à son gestionnaire mandaté,
- des garanties retenues par l'assuré sur la demande d'admission et acceptées par l'assureur,
- des caractéristiques de la garantie ITT/IPT/IPP souscrite (rachat des exclusions),
- de la quotité assurée,
- du choix de la prestation pour la garantie PE. En outre :
- pour les prêts amortissables, relatifs à une VEFA, par paliers, modulables, personnels, le montant de la cotisation est revu chaque année. Son calcul tient compte de l'âge réel de l'assuré, c'est-à-dire l'âge atteint au jour de la date d'effet de l'adhésion pour la première cotisation, et les années suivantes, l'âge atteint à la date anniversaire de la date d'effet,
- pour les prêts à taux révisables ou modulables, l'assuré est tenu de fournir au service Gestion ASSURANCE DE PRET chaque nouveau tableau d'amortissement,
- pour les prêts in fine et crédits relais, la cotisation est fixe pendant toute la durée de l'adhésion.
- pour le crédit-bail et la LOA, montant du loyer multiplié par le nombre de mois, affecté de la quotité assurée, sous réserve de l'application des dispositions du paragraphe « ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR ».

Dans tous les cas, l'assureur se réserve le droit de réviser le taux de cotisation à la prochaine échéance des cotisations, si les pouvoirs publics changent le taux de la taxe incluse dans les cotisations et ce, pour l'ensemble des assurés du présent contrat.

Spécifiquement pour la garantie perte d'emploi et compte tenu de l'évolution des résultats des contrats, l'assureur peut souhaiter revoir les taux de cotisation. Dans ce cas, il en fera part au Service Gestion ASSURANCE DE PRET de telle sorte qu'un accord puisse intervenir et que le Service Gestion en informe les assurés dans les conditions prévues au paragraphe "ENGAGEMENT DE L'ASSURÉ". Dans cette éventualité l'assureur doit soumettre sa proposition de révision trois mois avant la date d'application des nouveaux taux de cotisation. Ceux-ci s'appliqueront à tous les prêts du présent contrat concernés à compter de ladite date d'application.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, il est adressé à l'assuré une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter du montant dû. Cette lettre recommandée indiquera conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances que, si 40 jours après son envoi, la cotisation ou la fraction de cotisation due n'est toujours pas payée, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans autre formalité. **MULTI-IMPACT adressera alors une copie de cette lettre à chaque organisme prêteur concerné par cette adhésion.**

En cas de remboursement anticipé du prêt, l'assuré est tenu d'en informer MULTI-IMPACT par Lettre recommandée avec attestation de la banque concernée qui aura enregistré ce remboursement anticipé. MULTI-IMPACT procédera au remboursement d'une portion de la cotisation sur la période non courue, calculée à compter de la date où MULTI-IMPACT aura reçu la Lettre recommandée.

Outre les cotisations d'assurance, l'assuré devra s'acquitter d'un droit d'entrée dans l'association fixé à 8 euros et d'une cotisation annuelle pour le même montant perçu chaque année civile à partir du 1er janvier suivant son adhésion à l'association pour l'union et le recours en assurance.

En cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré, conformément aux dispositions des articles L.113-12-2 du Code des assurances, L.313-30 du Code de la consommation et au deuxième alinéa de L.113-12 du Code des assurances, les cotisations périodiques cesseront d'être dues à l'échéance suivant la date de résiliation.

XVII – Prescription

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 ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription figurent dans les articles 2240 à 2246 du Code civil :

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. »

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. »

XVIII – Informations sur l'utilisation de vos données personnelles

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (III) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (IV) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (I) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (II) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (clp.dataprotection@partners.axa) ou par courrier (AXA France – Service Information Client – 6 rue André Gide 92320 CHATILLON). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Si l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application du contrat notamment à l'admission ou en cas de sinistre, son interlocuteur habituel du service gestion ASSURANCE DE PRET est en mesure d'étudier toutes ses demandes ou réclamations.

XIX – Réclamation et Médiation

Indépendamment de votre droit d'engager une action en justice, si, après avoir contacté votre interlocuteur habituel ou votre service Clients par téléphone ou par courrier, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel au Service Relation Clientèle en écrivant à l'adresse suivante :

AXA SANTE ET COLLECTIVES DIRECTION RELATIONS CLIENTELE

TSA 46 307

95901 CERGY PONTOISE CEDEX 9

en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de 10 jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

Par mail : sur le site www.mediation-assurance.org

Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

CONTRÔLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur est :

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION (ACPR)

4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

XIX- Acceptation

Compte tenu de l'objet de l'assurance, chaque organisme prêteur est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en cas de mise en jeu de l'une ou l'autre des garanties prévues par ledit contrat et s'engage à reverser, conformément aux dispositions du chapitre IX « Bénéficiaire de l'assurance », les éventuels reliquats.

XX- Faculté de renonciation

L'assuré peut renoncer à son adhésion et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent le premier versement, il adresse au :

Service Gestion ASSURANCE DE PRET- MULTI-IMPACT
41-43 Avenue Hoche
CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX

une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant, accompagnée de l'accord du prêteur :

« Je soussigné (M. Mme Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon contrat AXA France VIE garantie Emprunteur n°4059 ASSURANCE DE PRET pour lequel j'ai effectué un premier versement depuis moins de 30 jours.

Le xx/xx/xxxx Signature »

L'assureur remboursera à l'assuré l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

MULTI-IMPACT adressera alors un courrier à chaque organisme prêteur concerné par cette adhésion, afin de leur confirmer que le proposant a exercé son droit de renonciation à son adhésion.

La renonciation entraîne la nullité du contrat, qui n'a donc jamais pris effet.

XXI - Résiliation de l'adhésion par l'assuré

Pour les crédits immobiliers mentionnés au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12-2 du code des assurances et aux articles L.313-30 et L.313-31 du code de la consommation, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation et de substitution de son adhésion au présent contrat d'assurance à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'Assuré notifie à Multi Impact sa demande de résiliation selon les modalités prévues ci-dessous.

L'Assuré devra transmettre en parallèle au Prêteur le contrat de substitution qu'il souhaite souscrire. Il devra par la suite notifier à Multi Impact, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, la décision du Prêteur ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance si celui-ci est accepté.

En cas d'acceptation de la substitution par le Prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des deux dates suivantes :

- Soit 10 jours après réception de la décision du Prêteur par Multi Impact,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par le Prêteur, l'adhésion au présent contrat continue de produire ses effets.

Pour les opérations de crédits autres que celles mentionnées au 1° de l'article L.313-1 du code de la consommation, conformément à l'article L.113-12 du code des assurances, l'Assuré dispose d'une faculté de résiliation de son adhésion au présent contrat d'assurance à chaque échéance annuelle de son adhésion audit contrat. La date d'échéance annuelle de l'adhésion correspond à la date de prise d'effet des garanties anniversaires.

L'Assuré doit alors adresser sa demande de résiliation à Multi Impact, au moins deux mois avant cette date anniversaire selon les modalités prévues ci-dessous.

L'adhésion est résiliée à cette date anniversaire.

- Notification de la demande de résiliation

L'Assuré notifie à Multi Impact sa demande de résiliation :

- soit par lettre ou tout support durable (constitue un support durable, au sens de l'article L.111-9 du code des assurances, tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. Par exemple, une lettre signée de manière manuscrite puis scannée et transmise via la messagerie sécurisée internet, s'il en dispose d'une),

- Soit par déclaration faite au siège social de Multi Impact,

- Soit par acte extrajudiciaire,

- Soit par un mode de communication à distance, lorsque l'Assureur ou l'Intermédiaire d'assurance lui a proposé l'adhésion au contrat, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la demande de résiliation.

XXII - FRAIS DIVERS

L'émission d'un avenant occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler au gestionnaire mandaté MULTI-IMPACT par l'Assuré.

XXIII - Fourniture d'opérations à distance

Constitue une fourniture à distance d'opérations d'assurance, telle que définie par l'article L.112-2 du Code des assurances, la fourniture d'un contrat d'assurance à un

« souscripteur personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'Assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

En cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance, le « souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », doit recevoir de l'Assureur ou de l'intermédiaire d'assurance, par écrit ou sur un autre support durable, en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L.112-2-1 III du Code des assurances.

XXIV - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

L'Assuré a déclaré être pleinement informé(e) qu'AXA, en sa qualité d'organisme financier, est soumise aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à ses obligations légales, AXA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L562-1 et suivants du code monétaire et financier.

XXV - Droit applicable et juridictions compétentes

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

AXA France VIE

Capital social de 487 725 073.50 € - RCS Nanterre 310 499 959 AXA France IARD

Capital social de 214 799 030 € - RCS Nanterre B 722 057 460. Siège social : 313, Terrasses de l'Arche – 92727 NANTERRE Entreprises régies par le Code des Assurances