

NOTE D'INFORMATION

Contrat d'assurance sur la vie

PÉRÉNIM

REGROUPEMENT
DE CRÉDITS

Assurance de prêt



AFi • ESCa 
Groupe Burrus

PÉRÉNIM

REGROUPEMENT
DE CRÉDITS

NOTE D'INFORMATION



PÉRÉNIM

REGROUPEMENT DE CRÉDITS



ASSURANCE DE PRÊT

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES

Une souscription à titre personnel ou professionnel.



Une souscription de 18 à 84 ans.



Une couverture décès possible jusqu'à 90 ans.



Des garanties irrévocables et un tarif garanti
(sauf modifications souhaitées par l'Assuré).



UNE ÉLIGIBILITÉ SIMPLIFIÉE

Une souscription simple et rapide :

- Un unique questionnaire médical de 5 questions pour les moins de 46 ans et jusqu'à 1 000 000 €
- Une souscription électronique en 9 minutes
- Des économies réalisées grâce à un tarif personnalisé, tenant compte de votre situation professionnelle et de vos habitudes de vie

NOS AVANTAGES PRODUITS

Une compagnie qui s'engage dès l'émission de votre contrat. Quelle que soit l'évolution de votre état de santé (suite maladie ou accident) avant la prise d'effet de votre contrat, la décision communiquée reste inchangée

Un contrat qui s'adapte à votre mode de vie :

- Vos pratiques sportives après souscription sont assurées sans nouvelles démarches à effectuer
- Un changement de profession ? Vous restez assuré, sans aucune restriction ni majoration
- Pas de majoration pour les fumeurs occasionnels

QUELQUES PROCÉDURES UTILES

AU BON DÉROULEMENT DE LA SOUSCRIPTION AINSI QUE DES PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS DE LA VIE DE VOTRE CONTRAT PÉRÉNIM REGROUPEMENT DE CRÉDITS

Votre intermédiaire vous a remis les documents nécessaires à l'établissement de votre contrat :



LA PROPOSITION D'ASSURANCE

Remplissez intégralement votre Demande de souscription, sans oublier de la dater et de la signer. N'oubliez pas de compléter, si vous êtes concerné(e), les déclarations spécifiques (non-fumeur, VLR, activités sportives et professionnelles, séjour,...) et de cocher les garanties choisies. Pensez également à joindre un RIB à votre mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé, ainsi que votre plan de financement, s'il est déjà en votre possession.



LES FORMALITÉS MÉDICALES ET FINANCIÈRES

En fonction de votre situation, votre intermédiaire vous a indiqué les éléments médicaux indispensables à l'étude de votre dossier. En dehors du questionnaire de santé, les autres examens sont à effectuer auprès du ou des professionnel(s) de votre choix, ou auprès d'un centre agréé.



RISQUES AGGRAVÉS - AERAS : « s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »

Pour toute information, contactez votre intermédiaire. Vous avez également la possibilité de consulter le site internet : www.aeras-infos.fr

Durant la période où vous êtes assuré(e) :



REMBOURSEMENT OU MODIFICATION

En cas de remboursement partiel du prêt ou modification de votre contrat de prêt

Transmettez-nous votre nouveau tableau d'amortissement. Nous établirons ainsi un avenant à votre contrat d'assurance afin de prendre en compte ces nouveaux éléments. Une demande d'information médicale pourra vous être demandée en cas de modification du prêt (notamment augmentation de la durée, du capital, ...) ou d'ajout de garanties.



RENÉGOCIATION DE VOTRE PRÊT

En cas de renégociation de votre prêt auprès d'un nouvel organisme bancaire, contactez votre intermédiaire d'assurance.



MODIFICATIONS DE VOS COORDONNÉES

Pour toute autre modification (changement de coordonnées bancaires, adresse, ...)

Faites part à votre intermédiaire ou à notre Service Clients de toutes les modifications pouvant intervenir durant votre période de garantie.



EN CAS DE SINISTRE

Des pièces justificatives devront être transmises au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex au plus tard **dans un délai de 3 mois** concernant les garanties P.T.I.A, I.P.T, I.T.T, I.P.P.



REMBOURSEMENT ANTICIPÉ

En cas de remboursement anticipé total de votre prêt, transmettez-nous l'attestation de remboursement anticipé total de votre prêt, établie par l'Établissement de crédit.



RÉSILIATION DE VOTRE CONTRAT

Vous souhaitez procéder à la résiliation de votre contrat et votre prêt est toujours en cours.

Si l'Établissement de crédit est bénéficiaire de votre contrat, un accord de sa part est indispensable à toute résiliation. Il vous appartient donc de joindre à votre demande une mainlevée de l'Établissement de crédit, nous libérant de nos obligations.

Votre intermédiaire d'assurance reste votre interlocuteur privilégié. Toutefois, en cas d'indisponibilité, vous avez la possibilité de nous contacter à : AFI ESCA - Service Clients - 4, square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

GLOSSAIRE

Accident : Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Affection ou Pathologie : Toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, constatée par une autorité médicale compétente.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose le risque couvert par l'Assureur.

Assureur : AFI ESCA

Bénéficiaire : Personne physique ou morale qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque couvert par l'Assureur.

Date de consolidation : Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré est reconnu par une autorité médicale compétente comme stabilisé, non susceptible d'amélioration.

DROM (Départements et régions d'outre-mer) : la Guyane française, la Guadeloupe, la Martinique, Mayotte et la Réunion.

Établissement de crédit : Établissement bancaire ou financier qui a consenti un Regroupement de crédits au Souscripteur.

France métropolitaine : Ensemble constitué par le territoire continental de la France, et par les îles françaises proches, de la Manche, de l'Océan Atlantique et de la Méditerranée (dont la Corse). Par extension, les principautés de Monaco et d'Andorre seront considérées, dans le présent contrat, comme faisant partie de la France métropolitaine.

Franchise : Nombre minimum de jours d'arrêt de travail consécutifs au-delà duquel une indemnisation est possible au titre de la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail. Les durées de franchise proposées sont 30, ou 90, ou 180 jours.

Incapacité Temporaire et Totale de travail (I.T.T.) :

- *L'Assuré exerçant une activité professionnelle* au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est totalement incapable, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'exercer sa profession et qu'il n'exerce aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.

- *L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle* au jour du sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail s'il est temporairement contraint, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc).

L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Intervention Chirurgicale : Acte médical qui consiste le plus souvent à extraire une structure ou à atteindre un organe à

traiter après incision sur un patient anesthésié en milieu stérile. Les Interventions Chirurgicales sont des actes manuels pratiqués par les chirurgiens et doivent être codifiés comme des actes chirurgicaux selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : L'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle, lorsqu'il présente, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de son état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un Accident.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

L'Assuré est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est reconnu, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant lui procurer gain ou profit, son état le mettant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Prêt : Financement accordé par un Établissement de crédit à l'Assuré.

Quotité garantie : Rapport, exprimé en pourcentage, entre le capital garanti à la souscription, précisé aux Conditions particulières, et le montant du Prêt consenti par l'Établissement de crédit, au vu des éléments communiqués à la souscription.

Regroupement de crédits : Opération bancaire qui permet à un emprunteur de se faire racheter ses crédits par un Établissement de crédit. Cette opération se concrétise par un nouveau Prêt englobant les précédents, dont le remboursement est dû à l'Établissement de crédit. Dans le présent document, les termes Prêt et Regroupement de crédits seront utilisés alternativement et indifféremment.

Sinistre : Réalisation d'un événement correspondant à la définition d'un risque garanti.

Pour les garanties P.T.I.A., I.P.T. et I.P.P., la date de réalisation du risque correspond à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

Souscripteur : Personne physique ou morale, contractant du Prêt, qui accepte les termes du contrat et paie les primes. L'Assuré et le Souscripteur peuvent être la même personne.

ARTICLE 1 OBJET DE L'ASSURANCE

PÉRÉNIM Regroupement de crédits est un contrat individuel d'assurance sur la vie, destiné à la couverture de Regroupement de crédits.

1.1. - Les garanties

Le présent contrat comporte une garantie obligatoire : Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Trois garanties complémentaires sont également proposées :

- L'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.),
- L'Incapacité Temporaire et Totale de Travail (I.T.T.),
- L'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.).

Ces garanties sont définies au glossaire.

Les combinaisons suivantes sont donc proposées à la souscription :

- (a) Décès - P.T.I.A.
- (b) Décès - P.T.I.A. - I.P.T.
- (c) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T.
- (d) Décès - P.T.I.A. - I.P.T. - I.T.T. - I.P.P.

1.2. - L'option

À la souscription, il est proposé à l'Assuré ayant souscrit des garanties complémentaires, l'option suivante :

- L'option "Plus", qui permet, sous réserve d'acceptation médicale, de racheter l'exclusion des affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, et des affections psychiatriques, détaillées respectivement aux articles 12.2 et 12.3. Cette option ne peut être choisie uniquement lorsque la formule b), c) ou d) a été retenue.

La souscription n'est possible uniquement lorsque le cumul de capitaux assurés, pour un même Assuré, est inférieur ou égal à 1 000 000 €.

Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et option mentionnées aux Conditions particulières.

1.3. - Documents contractuels

Le contrat est constitué :

- des Conditions générales et des Conditions particulières adressées par AFI ESCA au Souscripteur, précisant les engagements de chacune des parties et reprenant les éléments figurant sur la Proposition d'assurance,
- de la Note d'information.

ARTICLE 2 BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE

2.1. - Bénéficiaire des prestations versées en cas de décès

Le Souscripteur désigne, dans la Proposition d'assurance, le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès.

À défaut d'acceptation par le Bénéficiaire, le Souscripteur peut modifier à tout moment cette désignation.

Cette substitution ne peut cependant être opérée qu'avec l'accord de l'Assuré, lorsque celui-ci n'est pas le Souscripteur. Elle peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil, soit par voie testamentaire.

2.2. - Bénéficiaire des prestations versées au titre des garanties autres que le décès

S'agissant des garanties autres que le décès, le Bénéficiaire des prestations versées est déterminé de la manière suivante :

- si l'Établissement de crédit est désigné bénéficiaire en cas de décès, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est également l'Établissement de crédit ;
- si l'Établissement de crédit n'est pas désigné bénéficiaire en cas de décès, et si le contrat est souscrit par une personne physique, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est l'Assuré ;
- si l'Établissement de crédit n'est pas désigné bénéficiaire en cas de décès et si le contrat est souscrit par une personne morale, le Bénéficiaire des garanties autres que le décès est le Souscripteur.

Compte tenu de l'objet de l'assurance, l'Établissement de crédit, dès lors qu'il est désigné bénéficiaire du contrat, est réputé en avoir accepté le bénéfice.

ARTICLE 3 ADMISSION À L'ASSURANCE

Sont assurables dans le cadre du présent contrat l'emprunteur et/ou ses co-emprunteurs personnes physiques et les dirigeants ou associés des personnes morales emprunteuses.

NOTE D'INFORMATION

3.1. - Âge de l'Assuré et activité professionnelle à la souscription

Pour être admise à la garantie obligatoire en cas de décès, la personne à assurer doit être âgée de moins de 85 ans.

Pour être admise à la garantie P.T.I.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 70 ans.

Pour être admise aux garanties I.P.T., I.T.T., I.P.P., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans.

Pour les garanties I.T.T. et I.P.P., la personne à assurer doit également exercer une activité professionnelle rémunérée, ou collaborer effectivement et régulièrement à l'activité de son conjoint artisan, commerçant, ou profession libérale, et pouvoir dans ce cas justifier du statut de conjoint collaborateur par tout document officiel tel qu'un extrait de KBIS ou un procès-verbal d'Assemblée Générale.

Les personnes bénéficiant d'une suspension d'activité pour congé maternité, congé parental, congé formation, congé sabbatique ou pour création d'entreprise pourront également souscrire ces garanties, à condition que la reprise d'activité intervienne dans les 6 mois suivant la date où a pris fin le congé. Dans le cas contraire, ces garanties seront résiliées à effet de la date de fin du congé et les primes correspondantes, remboursées au Souscripteur, sur demande de celui-ci.

3.2. - Conditions d'admission aux garanties et option

Pour être admis à l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider en France métropolitaine ou dans les DOM.

Pour être admis à l'option «Plus», l'Assuré doit avoir choisi la formule de garanties b), c) ou d) et le Regroupement de crédits doit être soumis aux dispositions du Code de la consommation relatives aux crédits immobiliers.

Si lors de l'instruction d'un sinistre, il est constaté que l'Assuré ne pouvait prétendre à la souscription de l'option « Plus » au motif que le Regroupement de crédits, objet de la couverture, ne remplissait pas la condition précédemment énumérée, la souscription de cette option sera déclarée nulle, de telle sorte qu'aucune prise en charge ne pourra être accordée en application de l'option « Plus », et il sera procédé au remboursement de la part de prime correspondante au paiement de cette option « Plus ».

3.3. - Conditions relatives au Prêt et à l'Établissement de crédit

Le Prêt doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- correspondre à une des opérations suivantes : prêt amortissable, prêt par paliers ou prêt in fine ;
- être consenti par un Établissement de crédit situé en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- être rédigé en français ;
- être libellé en euros.

L'Assureur se réserve la possibilité d'accepter de garantir des Prêts ne remplissant pas les critères énumérés ci-dessus, après étude spécifique, et dans les conditions et limites qui seront détaillées aux Conditions particulières.

ARTICLE

4

MODALITÉS DE SOUSCRIPTION – DÉCLARATION ET ACCEPTATION DU RISQUE

Après avoir reçu et pris connaissance de la Note d'information, le Souscripteur remplit et signe la Proposition d'assurance, et joint à celle-ci :

- le tableau d'amortissement du Regroupement de crédits ou un justificatif reprenant les caractéristiques précises du Regroupement de crédits,

- le règlement de la première prime à l'ordre de l'Assureur ou le mandat de prélèvement accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal d'un compte ouvert à son nom.

La personne à assurer, si elle est différente du Souscripteur, signe également la Proposition d'assurance.

La personne à assurer est tenue de répondre à des questions relatives à sa situation personnelle (activité professionnelle, sports pratiqués, déplacements à l'étranger, etc), de se soumettre à des formalités médicales et éventuellement financières qui lui sont précisées lors de la souscription, et de fournir tout document que l'Assureur jugerait nécessaire à l'étude du dossier.

Les examens médicaux doivent être réalisés en France métropolitaine, ou dans les DOM ; les résultats d'examens doivent être rédigés en français ; les frais occasionnés sont remboursés, selon le barème communiqué lors de la souscription, sauf si la Demande de souscription est classée sans suite pour un motif autre que le refus ou l'acceptation sous conditions, de la part d'AFI ESCA. Au vu de ces éléments, l'Assureur peut accepter ou refuser le risque proposé, ou l'accepter moyennant surprime et/ou exclusion de certaines garanties ou de certains risques.

Si l'Assureur accepte le risque, il établit et envoie au Souscripteur des Conditions particulières précisant les garanties et option accordées, la franchise applicable à la garantie I.T.T., le montant du capital assuré à la souscription et à chaque date anniversaire du contrat, la date d'effet et le terme du contrat, les caractéristiques du Prêt et la quotité garantie, les conditions spécifiques éventuelles d'acceptation, ainsi que les bénéficiaires désignés.

Si l'Assureur refuse le risque, l'Assureur en informe l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception et rembourse les sommes versées à la souscription.

Si l'Assureur accepte le risque moyennant surprime(s) et/ou exclusion(s) médicale(s), l'Assuré doit donner son accord sur les nouvelles conditions qui lui sont proposées.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée aux Conditions particulières ne sera pas pris en charge (sauf application éventuelle de la garantie « couverture accidentelle immédiate » décrite à l'article 6).

L'ensemble des déclarations effectuées par le Souscripteur et l'Assuré servent de base au contrat, permettent à l'Assureur d'évaluer le risque à couvrir, et de fixer en conséquence les conditions de garantie et la prime adaptée.

Le contrat est incontestable dès son entrée en vigueur, ce qui dispense l'Assuré de déclarer toute modification relative à son activité professionnelle et à ses habitudes de vie (tabac, activités sportives, déplacements à l'étranger), sauf dans le but de lever une éventuelle exclusion.

ASSURANCE EMPRUNTEUR

L'Assuré est en revanche tenu d'informer l'Assureur dans le cas où il fixerait son domicile hors de France métropolitaine, ou des DOM. Dans ce cas, l'Assureur se réserve la possibilité de résilier les garanties complémentaires des assurés. Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même Code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.

Il est précisé que les formalités de souscription peuvent être accomplies en ligne. Dans ce cas, le questionnaire de risque, les conditions d'acceptation et la Proposition d'assurance sont signés par voie électronique, et les documents d'information précontractuelle ainsi que les Conditions particulières sont mis à la disposition de la personne à assurer sur son espace personnel.

Convention AERAS – Droit à l'oubli – Grille de référence

Pour les opérations qui y sont éligibles, le candidat à l'assurance peut bénéficier des dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé), qui vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes rencontrant des difficultés à s'assurer en raison de leurs antécédents médicaux et dont l'Assureur s'engage à respecter les dispositions.

Aux termes de cette convention, toute personne ayant été atteinte de certaines pathologies bénéficie, sous certaines conditions, du droit de ne pas déclarer cet antécédent de santé et de souscrire des garanties d'assurances emprunteur sans réserve concernant cet antécédent.

Le détail de ces dispositions est disponible dans le document d'information relatif au droit à l'oubli remis au candidat préalablement au remplissage de son Questionnaire Médical, et sur le site internet de la Convention «AERAS» (www.aeras-info.fr).

ARTICLE

5

DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT – PRISE D'EFFET DES GARANTIES – DURÉE DU CONTRAT

Le contrat est considéré comme conclu :

- soit à la date de réception par le Souscripteur des Conditions particulières si le contrat est accepté par l'Assureur sans surprime ni exclusions médicales,
- soit à la date où l'Assuré donne son accord sur les conditions spécifiques qui lui sont proposées, sous réserve de la réception des pièces nécessaires à l'émission des Conditions particulières.

Les Conditions particulières sont présumées avoir été reçues 7 jours calendaires après leur envoi par l'Assureur.

La date de conclusion du contrat constitue le point de départ du délai de renonciation (voir article 20).

Sous réserve :

- de l'acceptation du risque par l'Assureur, et de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif,

- de l'encaissement effectif de la première prime,

les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions particulières, et au plus tôt à la date de prise d'un engagement du Souscripteur vis-à-vis de l'Établissement de crédit, matérialisée par l'acceptation du Regroupement de crédits par le Souscripteur.

En cas d'abandon de l'opération de Regroupement de crédits par le Souscripteur, les sommes perçues par l'Assureur depuis la souscription sont remboursées sous déduction d'une indemnité de 50 euros et des frais de sélection médicale, et le contrat est réputé n'avoir jamais pris effet.

Le contrat est conclu pour toute la durée indiquée aux Conditions particulières ou au dernier avenant et cesse dans les conditions prévues à l'article 11.

ARTICLE

6

COUVERTURE ACCIDENTELLE IMMÉDIATE

Pendant la période d'accomplissement des formalités de souscription, et sous réserve qu'une offre de prêt ait été émise, l'Assuré est garanti contre le risque Décès par Accident pour le montant du capital assuré, dans la limite de 300 000 (trois cent mille) euros. Cette garantie prend effet à la date de signature de la Proposition d'assurance, et cesse à la première des dates suivantes :

- soit à la date où le contrat est réputé conclu, telle que définie à l'article 5,
- soit à la date de réception par l'Assuré du courrier recommandé de l'Assureur notifiant le refus de toute garantie,
- soit à l'expiration d'un délai de 60 jours calendaires.

NB : la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux sont considérés par l'Assureur comme des Maladies et non comme des Accidents.

ARTICLE

7

PRESTATIONS

Lorsque plusieurs personnes sont assurées au titre d'un même Prêt, le total des garanties cumulées peut dépasser le montant des sommes dues à l'Établissement de crédit.

En revanche, le total des prestations servies par l'Assureur au titre d'un même Prêt pour l'ensemble des assurés ne peut en aucun cas excéder ce montant.

Le montant des prestations dues par l'Assureur est calculé sur la base des caractéristiques du(des) Prêt(s) fournies à la souscription et reprises dans les Conditions particulières ou dans le dernier avenant.

NOTE D'INFORMATION

7.1. - En cas de Décès

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date du décès de l'Assuré, en multipliant par la quotité garantie le capital restant dû sur le Prêt.

7.2. - En cas de P.T.I.A. et d'I.P.T.

Le capital versé au Bénéficiaire est calculé à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T. en multipliant par la quotité garantie le capital restant dû sur le Prêt.

NB : Aucune prestation ne pourra être accordée en application de l'option « Plus », si lors de l'instruction d'un sinistre, il est constaté que l'Assuré ne pouvait prétendre à la souscription de l'option « Plus » au motif que le Regroupement de crédits n'est pas soumis aux dispositions du Code de la consommation relatives aux crédits immobiliers. La souscription de cette option sera déclarée nulle.

7.3. - En cas d'I.T.T. et d'I.P.P.

Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge, sauf en cas de prime unique acquittée à la souscription.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt venant à échéance pendant la durée de prise en charge.

Les prestations sont calculées en tenant compte de la quotité garantie, et au prorata de la durée de prise en charge.

NB : Aucune prestation ne pourra être accordée en application de l'option « Plus », si lors de l'instruction d'un sinistre, il est constaté que l'Assuré ne pouvait prétendre à la souscription de l'option « Plus » au motif que le Regroupement de crédits n'est pas soumis aux dispositions du Code de la consommation relatives aux crédits immobiliers. La souscription de cette option sera déclarée nulle.

Mise en œuvre de la garantie I.T.T.

L'Assureur prend en charge, **après expiration de la période de franchise** indiquée dans les Conditions particulières ou dans le dernier avenant, et pendant toute la durée de l'Incapacité Temporaire Totale ininterrompue de l'Assuré :

- pour les prêts amortissables : les échéances de Prêt (capital et intérêts),

- pour les crédits in fine : les intérêts échus. Le capital emprunté compris dans la dernière échéance n'est pas pris en charge.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,

- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.P.P.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties précisés à l'article 11.

Néanmoins, **en cas de reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique** prescrit médicalement à l'Assuré, et sauf si l'Assuré peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'I.P.P., **l'Assureur poursuivra la prise en charge des échéances de Prêt à hauteur de 50% de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 12 mois**, sous réserve de production par l'Assuré des justificatifs correspondants.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, suivie d'une rechute provenant du même Accident ou de la même Maladie, la franchise n'est pas appliquée, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.

La franchise n'est pas appliquée non plus dans le cas où la garantie I.T.T. est mise en œuvre à la suite d'une prise en charge au titre de l'I.P.P.

Mise en œuvre de la garantie I.P.P.

L'Assureur verse, à compter de la date de consolidation de l'I.P.P., et pendant toute la durée de l'invalidité, 50% du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie I.T.T.

Les prestations cessent immédiatement en cas de :

- reprise par l'Assuré d'une activité professionnelle à temps plein, y compris de surveillance ou de direction,

- prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie I.T.T.

La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11.

7.4. - Définition du taux contractuel d'invalidité lié aux garanties I.P.T. et I.P.P.

Le taux contractuel d'invalidité qui détermine le droit à la prestation est calculé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle.

Ces taux sont appréciés par le médecin-conseil de l'Assureur ou par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'Assureur, conformément au tableau ci-après.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'Accident ou à la Maladie. Il est évalué d'après le barème de droit commun publié par le Concours Médical en vigueur au jour du sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte de la profession exercée au jour du sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

S'agissant d'un Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre, le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en tenant compte principalement des occupations habituelles de l'Assuré au jour du sinistre.

ASSURANCE EMPRUNTEUR

Le tableau figurant ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

		Barème du Taux contractuel d'invalidité								
IP \ IF		20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %					29 %	33 %	36 %	40 %	43 %	46 %
20 %				32 %	37 %	42 %	46 %	50 %	55 %	58 %
30 %			30 %	36 %	42 %	48 %	53 %	58 %	62 %	67 %
40 %	25 %	33 %	40 %	46 %	52 %	58 %	64 %	69 %	74 %	79 %
50 %	27 %	36 %	43 %	50 %	56 %	63 %	68 %	74 %	79 %	84 %
60 %	29 %	38 %	46 %	53 %	60 %	66 %	73 %	79 %	84 %	89 %
70 %	30 %	40 %	48 %	56 %	63 %	70 %	77 %	83 %	89 %	93 %
80 %	32 %	42 %	50 %	58 %	66 %	73 %	80 %	87 %	93 %	97 %
90 %	33 %	43 %	52 %	61 %	69 %	76 %	83 %	90 %	97 %	100 %
100 %	34 %	45 %	54 %	63 %	71 %	79 %	86 %	93 %	100 %	

IF = Taux d'incapacité fonctionnelle / IP = Taux d'incapacité professionnelle

ARTICLE

8

GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ)

La convention AERAS vise à faciliter l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Dans le cadre de cette convention, et pour les opérations qui y sont éligibles, la garantie Invalidité Spécifique AERAS (I.S.A.) est proposée, sous réserve d'acceptation médicale, dans le cas où la garantie I.P.T. a été refusée ou a été proposée avec une exclusion, pour des raisons médicales.

8.1. - Définition

La garantie Invalidité Spécifique AERAS ne constitue pas une option ; elle ne peut être sollicitée directement par l'Assuré. Elle correspond à une incapacité professionnelle couplée à une incapacité fonctionnelle.

L'incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d'un titre de pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale pour les salariés, d'un congé de longue maladie pour les fonctionnaires, ou d'une notification d'incapacité totale de la profession pour les non-salariés.

L'incapacité fonctionnelle est appréciée par le médecin-conseil d'AFI ESCA selon le barème annexé au Code des pensions civiles et militaires. Elle peut également, si nécessaire, être évaluée, au cours d'une expertise médicale, par le médecin expert désigné par l'Assureur. Dans ce cas, l'Assuré peut, s'il le désire, se faire accompagner par le médecin de son choix.

Le taux d'incapacité fonctionnelle à partir duquel la prestation intervient est fixé à 70 %.

8.2. - Conditions d'admission - Cessation de la garantie

Pour être admise à la garantie I.S.A., la personne à assurer doit être âgée de moins de 65 ans et exercer une activité professionnelle rémunérée.

La garantie cesse au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, et dans tous les autres cas prévus à l'article 11 des Conditions générales.

8.3. - Prestations

La prise en charge est due, à compter de la date de consolidation de l'I.S.A., et pendant toute la durée de l'invalidité.

Les prestations versées par l'Assureur se calculent en multipliant par la quotité garantie les échéances de Prêt, et ne peuvent excéder la perte de revenu subie par l'Assuré.

La perte de revenu de l'Assuré est déterminée par différence entre :

- d'une part le revenu professionnel mensuel moyen des 12 derniers mois pendant lesquels il exerçait une activité professionnelle,
- et d'autre part les revenus mensuels provenant des prestations versées au titre des régimes de base obligatoires et/ou complémentaires.

L'intervention de l'Assureur se limite aux échéances de Prêt venant à terme pendant la durée de prise en charge.

Le montant des prestations est calculé au prorata de la durée de prise en charge.

Le versement des prestations cesse dans tous les cas de cessation des garanties, précisés à l'article 11 des Conditions générales.

8.4.- Exclusions

Les exclusions mentionnées aux articles 12.1, 12.2 et 12.3 sont applicables à la garantie I.S.A.

ARTICLE

9

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier, y compris dans le cadre de déplacements à titre personnel, professionnel ou humanitaire, dans les limites fixées par les articles 8.4 et 12.

NOTE D'INFORMATION

ARTICLE 10 MODIFICATION DES GARANTIES

Le Souscripteur peut demander, à tout moment, une augmentation ou une diminution des garanties, sous réserve du respect des combinaisons a), b), c) ou d) mentionnées à l'article 1.1.

L'accord écrit de l'Établissement de crédit est indispensable s'il est désigné bénéficiaire du contrat.

Cependant, la transmission de documents émanant de l'Établissement de crédit et faisant état de modifications affectant le Regroupement de crédits sera considérée comme un accord de l'Établissement de crédit sur les modifications à effectuer en conséquence sur le contrat.

L'accord de l'Assuré, s'il est différent du Souscripteur, l'est également en cas d'augmentation de garantie. Avant d'accorder toute augmentation de garantie, l'Assureur se réserve le droit de demander les informations prévues à l'article 4.

Aucune formalité médicale supplémentaire ne sera à accomplir, dans le cas d'une demande d'augmentation de garanties liée à l'allongement de la durée de prêt, sous réserve que l'allongement de la durée de garantie ne soit pas supérieur à 5 ans et que cette possibilité soit prévue au moment de la souscription dans l'offre de prêt.

Aucune modification du Prêt, survenant au cours d'un arrêt de travail donnant lieu à une prise en charge par l'Assureur, et ayant pour effet l'augmentation du montant des échéances de Prêt, ne sera prise en compte. Le Souscripteur s'engage à adresser, dans les 2 mois suivant la date de déblocage des fonds, le tableau d'amortissement définitif à l'Assureur afin que ce dernier puisse, le cas échéant, ajuster ses garanties, et rembourser l'éventuel trop-perçu de primes.

Le Souscripteur est tenu de déclarer à l'Assureur toute modification relative au contrat le liant à l'Établissement de crédit (renégociation, remboursement anticipé, allongement de la durée,...), afin que l'Assureur procède soit à la résiliation, soit à la modification du contrat, et au remboursement éventuel des primes versées à tort.

À cet effet, le Souscripteur adresse à l'Assureur le nouveau tableau d'amortissement ainsi qu'une attestation de l'Établissement de crédit.

En cas de réception par l'Assureur d'information, relative à un remboursement anticipé (total ou partiel) à une date postérieure au 5ème anniversaire de la date de remboursement du Regroupement de crédits, aucun remboursement de primes ne pourra intervenir.

En cas de réalisation d'un risque garanti, les modifications qui n'ont pas été déclarées à l'Assureur, ne lui sont pas opposables si elles entraînent pour l'Assureur un engagement supplémentaire, et ne peuvent donner lieu à aucun remboursement de primes si l'engagement de l'Assureur est diminué.

Dans tous les cas, et sous réserve du paiement effectif de la prime y afférente, un avenant prenant acte des modifications est établi. La régularisation de l'avenant ne conditionne pas la prise d'effet des modifications.

ARTICLE 11 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- le jour du terme du contrat,
- le jour du terme du Prêt ou de son remboursement anticipé total,
- le jour où l'Assuré admis comme représentant légal d'une personne morale cesse d'avoir cette qualité vis-à-vis de ladite personne morale,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par l'Établissement de crédit,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie, à savoir :
 - pour la garantie Décès, au 90^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour la garantie P.T.I.A., au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
 - pour les garanties I.P.T., I.P.P. et I.T.T., au jour de la cessation définitive d'activité professionnelle, au départ en retraite, à la mise en retraite/préretraite (sauf pour raisons médicales), et, au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances,
- le jour où le contrat est résilié,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),
- en cas de résiliation du contrat suite à l'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, P.T.I.A., ou d'I.P.T.

ARTICLE 12 EXCLUSIONS

12.1. - Exclusions communes à toutes les garanties

Aucune garantie n'est due lorsque le sinistre est la conséquence des faits suivants :

- suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance.
- fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,
- accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions démonstrations acrobatiques, tentatives de records,
- guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active. Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome. Ces effets sont toutefois pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un

- dysfonctionnement d'instruments médicaux ou d'une mauvaise manœuvre dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient.
- accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation motorisé(e), sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile et/ou sous l'empire de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites,
 - usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.

12.2. - Exclusions concernant les garanties I.P.T., I.T.T. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées à l'article 12.1, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.P.T., I.T.T. et I.P.P. :

- Accidents, Maladies, invalidités et infirmités :
 - résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré,
 - résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti.
- conséquences d'une tentative de suicide.
- affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, leurs suites et conséquences, sauf si l'affection en question est consécutive à une infection, une tumeur ou une fracture, constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé ou a nécessité une intervention chirurgicale.

En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus ou l'intervention chirurgicale intervient au cours de la franchise précisée aux Conditions particulières, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale intervient après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation ou au jour de l'intervention chirurgicale ;

En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, si la durée de celle-ci est supérieure à 7 jours continus, ou au jour de l'intervention chirurgicale, à condition que l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'option « Plus » a été souscrite et que l'Assuré remplissait les conditions pour pouvoir souscrire l'option « Plus ».

12.3. - Exclusions spécifiques aux garanties I.T.T. et I.P.P.

Outre les exclusions mentionnées aux articles 12.1 et 12.2, les exclusions ci-après s'appliquent aux garanties I.T.T. et I.P.P. :

- cures thermales ou de désintoxication,
 - fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique,
 - affections psychiatriques, dont les syndromes anxio-dépressifs, névrotiques ou psychotiques, y compris le burn-out, ainsi que leurs suites et conséquences, sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 8 jours continus.
- En ce qui concerne la garantie I.T.T., si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours continus intervient au cours de la franchise précisée aux Conditions particulières, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'Assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 8 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation.

En ce qui concerne la garantie I.P.P., la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 8 jours continus.

Cette exclusion ne s'applique pas si l'option « Plus » a été souscrite et que l'Assuré remplissait les conditions pour pouvoir souscrire l'option « Plus ».

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 du Code du travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'I.T.T. susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

ARTICLE 13 FORMALITÉS

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) sont payables dans les 30 jours après la remise au Service Clients de l'Assureur – 4 Square Dutilleul – 59042 Lille Cedex, dans les délais requis, des pièces justificatives énumérées ci-après.

L'Assureur se réserve le droit de solliciter toutes autres pièces nécessaires à la gestion du dossier ou nécessitées par la réglementation.

En cas d'utilisation de pièces falsifiées ou tout autre type de fraude ou tentative de fraude, aucune prestation ne sera due. Le contrat sera alors résilié de plein droit.

13.1. - En cas de Décès

Le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent transmettre au médecin-conseil de l'Assureur dès qu'ils ont connaissance du Décès de l'Assuré :

- une copie intégrale de l'acte de Décès de l'Assuré,
- le formulaire de déclaration « Décès » fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident ou de mort non naturelle, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,

GARANTIES OBLIGATOIRES (cf article 1.1 des CG)

Décès : (jusqu'à max. 90 ans)

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) (jusqu'à max 70 ans) : suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), être définitivement incapable de se livrer à une occupation ou à un quelconque travail pouvant procurer gain ou profit, être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de la vie courante (se déplacer, se laver, se vêtir, se nourrir).

Garanties complémentaires (jusqu'à max 65 ans).

Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT) :

- Assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre : être totalement incapable, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'exercer sa profession et n'exercer aucune autre activité, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer gain ou profit.
- Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du sinistre : être temporairement contraint, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses occupations habituelles (travaux domestiques, gestion des affaires familiales et personnelles, etc..). L'Incapacité doit être temporaire, totale et reconnue par une autorité médicale compétente.

Invalidité Permanente Totale (IPT) : présenter, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e) et après consolidation de l'état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) : présenter, suite à un Accident ou à une Maladie garanti(e), et après consolidation de l'état, un taux contractuel d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66 %, conformément au tableau figurant à l'article 7.4.

COMBINAISONS POSSIBLES :

- a) Décès PTIA
- b) Décès PTIA + IPT
- c) Décès PTIA + IPT + ITT
- d) Décès PTIA + IPT + ITT + IPP

OPTION «PLUS» : rachat de l'exclusion des affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, et des affections psychiatriques (articles 12.2 et 12.3 CG) - pour combinaisons b), c) ou d).

GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE (AFI ESCA IARD) :

Perte d'emploi (cf CG Garantie Perte d'emploi)

Conditions d'admission aux garanties :

Âge :

- Décès : moins de 85 ans
- PTIA : moins de 70 ans
- IPT, ITT, IPP : moins de 65 ans
- Perte d'emploi : moins de 50 ans

Résidence : en France métropolitaine ou dans les DROM

Prêt : amortissable, par paliers ou in fine, en euros, rédigé en français - Établissement de crédit en France métropolitaine ou DROM.

Option «Plus» : le Regroupement de crédits doit être soumis aux dispositions du Code de la consommation relatives aux crédits immobiliers (notamment : la part immobilière du Regroupement de crédits doit être ≥ 60%).

Prestations versées par l'Assureur :

En cas de Décès (calculé à la date de décès), de PTIA et d'IPT (calculé à la date de consolidation) :

- quotité garantie X capital restant dû ou
- quotité garantie X somme des loyers (voir articles 7.1 et 7.2 CG) restant dus au titre du contrat de crédit-bail ou de location avec option d'achat, majorée de la valeur résiduelle du bien, si prévu à la souscription.

En cas d'ITT :

Selon les types de prêt, après expiration de la période de franchise (30 jours pour TNS, 90 ou 180 jours), en tenant compte de la quotité garantie : échéances de prêt (capital + intérêts), échéances de loyers ou intérêts échus (article 7.3 CG).

En cas d'IPP :

À compter de la date de consolidation de l'IPP, et pendant toute la durée de l'invalidité, 50 % du montant des prestations qui seraient dues dans le cadre de la garantie ITT.

Autres dispositions :

- Prise d'effet : Sous réserve de l'acceptation du risque par l'Assureur, de l'acceptation par l'Assuré des éventuelles conditions dérogatoires de garantie ou de tarif, et de l'encaissement effectif de la première prime, les garanties prennent effet à la date indiquée aux Conditions particulières.
- Couverture accidentelle immédiate : risque décès assuré à hauteur de 300 000 € entre la date de signature de la proposition et la date de conclusion du contrat (ou la date de notification de refus de toute garantie ou un délai de 60 jours) – article 6 des CG.
- Seules sont accordées à l'Assuré les garanties et option mentionnées aux Conditions particulières.
- Toute réticence, omission, inexactitude ou fausse déclaration du risque à la souscription, pourra entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, ou celles prévues à l'article L 132-26 du même code, en cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré.
- Le médecin-conseil de l'Assureur statue sur l'état de santé de l'Assuré, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne le liant pas.
- Les primes relatives aux garanties couvertes par le contrat ne sont plus dues pendant toute la durée de la prise en charge, sauf en cas de prime unique acquittée à la souscription.

LIMITATIONS DE L'ENGAGEMENT DE L'ASSUREUR :

(cf articles 3-4-5-7-10-11-12-13 des CG)

Prises en charge limitées :

- A 1 000 000 € en cumul de capitaux assurés pour un même Assuré.
- En cas de fixation du domicile hors de France métropolitaine ou DROM, les garanties complémentaires peuvent être résiliées.
- Le total des prestations pour un même Prêt avec plusieurs Assurés, ne peut excéder le montant des sommes dues au prêteur.
- Pas de prise en charge complémentaire en cas de modification du Prêt alors qu'une prise en charge d'un arrêt de travail est en cours ou en cas de réalisation d'un risque garanti alors que des modifications entraînant un engagement supplémentaire n'ont pas été déclarées.
- Reprise partielle du travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prescrit médicalement à l'Assuré, et sauf s'il peut bénéficier d'une prise en charge au titre de l'IPP : prise en charge des échéances de Prêt à hauteur de 50 % de la quotité garantie, pendant toute la durée du mi-temps thérapeutique, dans la limite de 12 mois, sous réserve de production des

justificatifs correspondants.

- Pas de franchise en cas de rechute provenant du même Accident ou de la même Maladie, sous réserve que cette rechute intervienne dans les 60 jours suivant la reprise d'activité.
- La prestation ITT cesse immédiatement en cas de :
 - reprise totale ou partielle d'une activité professionnelle, y compris de surveillance ou de direction,
 - prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie IPP.
- Les prestations IPP cessent immédiatement en cas de :
 - reprise totale d'une activité professionnelle,
 - prise en charge de l'Assuré au titre de la garantie ITT.
- La prise en charge s'interrompt également dans tous les cas de cessation des garanties précisés à l'article 11 des CG.

Aucun remboursement de primes en cas de :

- Remboursement anticipé total ou partiel à 5 ans et plus
- Réalisation d'un risque garanti alors que des modifications entraînant un engagement moindre n'ont pas été déclarées

Aucune prise en charge si :

- Sinistre avant la date d'effet indiquée aux Conditions particulières
- Sinistre plus de 12 mois après la date d'effet si aucun déblocage de fonds n'est intervenu à cette date
- Refus de fournir les documents réclamés et pièces requises préalablement au paiement des prestations (équivalent à une renonciation au bénéfice de l'assurance)
- Refus du libre accès des médecins et délégués de l'Assureur auprès de l'Assuré (équivalent à déchéance du droit aux prestations)
- Pour la mise en application de l'option «Plus» : le Regroupement de crédits n'est pas soumis aux dispositions du Code de la consommation relatives aux crédits immobiliers. L'option est alors déclarée nulle et la part de prime correspondante sera remboursée.

Cessation des garanties :

- le jour du terme du contrat, le jour du terme du Prêt ou de son remboursement anticipé total,
- le jour où l'Assuré n'est plus le représentant légal de la personne morale souscriptrice,
- à la date de notification à l'emprunteur de la déchéance du terme prononcée par le prêteur,
- au-delà des limites d'âge prévues pour chaque garantie,
- en cas de cessation du paiement des primes conformément aux dispositions du Code des assurances,
- le jour où le contrat est résilié,
- en cas d'annulation du contrat pour fausse déclaration intentionnelle (article L 113-8 du Code des assurances),
- en cas de résiliation du contrat suite à l'utilisation de pièces falsifiées, ou tout type de fraude ou tentative de fraude,
- en cas de versement par l'Assureur du capital assuré en cas de Décès, PTIA ou d'IPT.

EXCLUSIONS :

communes à toutes les garanties

- **suicide de l'Assuré au cours de la première année d'assurance.** Toutefois, dans le cas d'un Prêt destiné à financer l'achat du logement principal de l'Assuré, le risque de suicide est couvert dès la souscription dans la limite d'un plafond de 120 000 € (article R 132-5 du Code des assurances),
- **fait volontaire du Bénéficiaire ou de toute personne ayant indirectement intérêt à la garantie,**
- **accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide, ou à l'occasion de vols d'essai, vols sur prototypes, compétitions**

- **démonstrations acrobatiques, tentatives de records,**
- **guerres civiles ou étrangères, insurrections, émeutes, mouvements populaires, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, attentats, mouvements de grève, complots, actes de sabotage, dès l'instant où l'Assuré y prend une part active.** Les gendarmes, les militaires et les policiers, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas visés par cette exclusion,
- **effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'inhalations, d'irradiations quand ils proviennent de la modification de structure du noyau de l'atome.** Ces effets sont toutefois pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un dysfonctionnement d'instruments médicaux ou d'une mauvaise manœuvre dans leur utilisation lorsque l'Assuré est le patient,
- **accidents dont est reconnu responsable l'Assuré alors que celui-ci conduit un véhicule ou une embarcation, sous l'empire d'un état alcoolique attesté par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil fixé par les textes français régissant la circulation automobile et/ou sous l'empire de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.**
- **usage de stupéfiants ou de drogues, définis ou non comme tels par la loi, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites.**

concernant les garanties IPT, ITT et IPP.

- **accidents, Maladies, invalidités et infirmités résultant d'un fait intentionnel de l'Assuré ou résultant de traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti.**
- **conséquences d'une tentative de suicide.**
- **affections ostéo-articulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, leurs suites et conséquences*,** sauf si l'affection en question est consécutive à une infection, une tumeur ou une fracture, constatée postérieurement à la date de prise d'effet des garanties, ou a entraîné une hospitalisation d'une durée supérieure à 7 jours continus en milieu spécialisé ou a nécessité une intervention chirurgicale.

spécifiques aux garanties ITT et IPP.

- **cures thermales ou de désintoxication,**
- **fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique.**
- **affections psychiatriques, dont les syndromes anxio-dépressifs, névrotiques ou psychotiques, y compris le burn-out, ainsi que leurs suites et conséquences*,** sauf en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique d'une durée supérieure à 8 jours continus.

En ce qui concerne la garantie ITT, si l'hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours continus intervient au cours de la franchise précisée aux Conditions particulières, la prise en charge débute à l'expiration de ce délai de franchise ; si l'Assuré est hospitalisé pour une durée supérieure à 8 jours continus après l'expiration de la franchise, la prise en charge commence rétroactivement au premier jour d'hospitalisation.

En ce qui concerne la garantie IPP, la prise en charge débute le premier jour d'hospitalisation, à condition que celle-ci soit postérieure à la constatation médicale de l'état d'I.P.P., et que sa durée soit supérieure à 8 jours continus.

La période légale de congé de maternité, telle qu'elle est définie à l'article L 1225-17 du Code du Travail, n'est pas considérée comme une période d'incapacité. Elle est donc déduite de la période d'ITT susceptible de faire l'objet d'une prise en charge, en plus de la durée de franchise, que l'Assurée soit salariée ou non.

* sauf souscription valable à l'option «Plus».

NOTE D'INFORMATION

- en cas de décès à l'étranger, un certificat de décès établi par la représentation du pays de nationalité de l'Assuré (consulat ou ambassade) dans le pays concerné,
- en cas de décès d'un Assuré survenu dans le pays dont il est ressortissant, un certificat de décès établi par toute autorité du pays concerné habilitée à délivrer des actes d'état civil,
- le tableau d'amortissement au jour du décès avec une attestation de l'Établissement de crédit précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s).

L'Assuré reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner le paiement des prestations contractuellement prévues à la remise de l'ensemble des pièces requises, par toute personne s'en prévalant (Bénéficiaire ou ayants droit).

Le refus de ces derniers de fournir les documents réclamés par l'Assureur sera considéré comme une renonciation au bénéfice de l'assurance.

13.2. - En cas de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P.

Dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de consolidation de son état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P., l'Assuré ou son mandataire dûment habilité doit remettre au médecin-conseil de l'Assureur :

- le formulaire de déclaration «Invalidité» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale, ou par le régime équivalent, pour les assurés non assujettis à la Sécurité Sociale,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé et une attestation de l'Établissement de crédit précisant la valeur du capital restant dû sur le(s) Prêt(s) à la date de consolidation de l'état de P.T.I.A. ou d'I.P.T., ou le montant de l'échéance du(des) Prêt(s) à la date de consolidation de l'I.P.P.
- l'offre de prêt précisant les caractéristiques du Regroupement de crédits.

Au vu de ces pièces, le médecin-conseil de l'Assureur statuera sur l'état d'invalidité de l'Assuré, la reconnaissance de cet état par la Sécurité Sociale (ou le régime équivalent) n'impliquant pas nécessairement sa reconnaissance par le médecin-conseil de l'Assureur.

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, **la date de reconnaissance de l'état de P.T.I.A., d'I.P.T. ou d'I.P.P. sera fixée au jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.**

13.3. – En cas d'I.T.T.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration immédiate à l'Assureur **et au plus tard, dans un délai maximum de 30 jours à compter du terme de la franchise applicable.**

En cas de déclaration tardive, si l'Assureur justifie d'un préjudice lié à l'impossibilité de contrôler la réalité de l'état de santé de l'Assuré avant la déclaration de sinistre, **la période de franchise commencera à courir le jour de la réception de la déclaration par l'Assureur.**

L'Assuré doit remettre au médecin-conseil de l'Assureur :

- l'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le formulaire de déclaration «Incapacité Temporaire et Totale de travail» fourni par l'Assureur, complété et signé par le médecin traitant,
- tout compte-rendu d'hospitalisation, de spécialiste ou d'examen en lien avec l'affection cause du sinistre,
- en cas d'Accident, tout document de nature à établir les circonstances de celui-ci, ainsi que les coordonnées de l'autorité de police ou de gendarmerie ayant dressé un Procès-Verbal,
- le tableau d'amortissement actualisé indiquant le montant de l'échéance du (des) Prêt(s) à la date de l'arrêt de travail,
- l'offre de prêt précisant les caractéristiques du Regroupement de crédits,
- les décomptes d'indemnités journalières perçues, lorsque l'Assuré est assuré social.

Au vu de ces pièces, le médecin-conseil de l'Assureur statuera sur son état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail, l'avis du médecin traitant de l'Assuré ne liant pas le médecin-conseil de l'Assureur.

ARTICLE 14 CALCUL DES PRIMES

14.1. - Tarification

La tarification est effectuée à partir des informations figurant sur la Proposition d'assurance, et indiquée sur les Conditions particulières ou ses avenants éventuels.

Elle tient compte notamment :

- des garanties et option souscrites,
- de l'âge atteint par l'Assuré, calculé par différence de millésimes,
- du montant du capital restant dû à l'Établissement de crédit multiplié par la quotité garantie, tel que précisé aux Conditions particulières et aux avenants éventuels successifs qui y sont attachés,
- le cas échéant, du capital initial emprunté.

14.2. - Montant et fractionnement des primes

Le Souscripteur a le choix entre des primes :

- variables : dont le montant varie chaque année en fonction de l'âge atteint par l'Assuré et du capital restant dû,
- constantes : dont le montant restera fixe pendant toute la durée du contrat.

Le choix de la prime constante est réservé aux prêts amortissables, à échéances constantes, avec éventuellement un différé d'amortissement maximum de 24 mois, aux prêts in fine ainsi qu'aux prêts par paliers.

Le choix, effectué à la souscription, est irrévocable jusqu'au terme du contrat.

Les primes peuvent être payées annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement ou intégralement à la souscription (Prime unique).

Le fractionnement ne donne lieu à aucuns frais supplémentaires.

ARTICLE 15 FRAIS DIVERS

Le Souscripteur doit acquitter, à la souscription, des frais de dossier d'un montant précisé sur la Proposition d'assurance.

L'émission d'un avenant lié à une renégociation du Prêt dans le même Établissement de crédit, ou à un remboursement anticipé partiel, occasionne des frais d'un montant de 15 €, à régler par le Souscripteur.

ARTICLE 16 DÉFAUT DE PAIEMENT

À défaut de paiement d'une prime ou fraction de prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son dû. Cette lettre recommandée indique, conformément aux dispositions du Code des assurances, que **si 40 jours après son envoi, l'arriéré de primes n'est pas régularisé, le contrat sera résilié.** L'Établissement de crédit est simultanément avisé du non-paiement de la prime.

ARTICLE 17 RÉSILIATION

À tout moment, le Souscripteur peut résilier son contrat en adressant, au Service Clients d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul, 59042 Lille Cedex, ou par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : contact - résiliation), sa demande accompagnée de la copie recto verso d'une pièce d'identité.

L'Assureur devra confirmer la réception de la demande.

Les garanties prendront fin à la date demandée par le Souscripteur, et au plus tôt, à la date d'envoi de la demande de résiliation du Souscripteur.

L'accord préalable de l'Établissement de crédit est nécessaire s'il est Bénéficiaire du contrat.

ARTICLE 18 LANGUE – LOI APPLICABLE – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La langue utilisée pendant la durée du contrat est le français. Les relations précontractuelles et le contrat sont régis par le droit français. **Tous documents administratifs et médicaux communiqués dans le cadre de l'instruction des sinistres seront fournis, s'ils sont rédigés en langue étrangère, dans leur langue d'origine, accompagnés de leur traduction en français.**

Tout litige né de l'exécution ou de l'interprétation du présent contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Toute réclamation concernant le contrat doit être envoyée au Service Clients de l'Assureur - 4 Square Dutilleul - 59042 Lille Cedex ou formulée par le biais du site internet d'AFI ESCA (rubrique : Déposer une réclamation).

En cas de désaccord et si toutes les voies de recours amiable ont été épuisées, le réclamant peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance (conditions d'accès disponibles sur simple demande auprès de l'Assureur).

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 19 INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

Afin de vérifier que ses garanties sont toujours adaptées aux caractéristiques du financement accordé par l'Établissement de crédit, le Souscripteur peut, à tout moment, obtenir auprès de l'Assureur, une information qui indiquera notamment le montant du capital assuré et la nouvelle prime annuelle y afférents.

NOTE D'INFORMATION

ARTICLE 20 FACULTÉ DE RENONCIATION

Sous réserve de l'accord de l'Établissement de crédit, si ce dernier est désigné Bénéficiaire, le Souscripteur peut renoncer au contrat et être remboursé intégralement si, dans les 30 jours qui suivent la date de conclusion du contrat, telle que définie à l'article 5, il adresse au Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex, une lettre recommandée, avec avis de réception, rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon contrat n° _____ et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Signature ».

ARTICLE 21 CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ASSURÉ – ARBITRAGE

Lorsqu'il y a mise en jeu des garanties P.T.I.A., I.P.T., I.T.T. ou I.P.P., l'Assureur se réserve le droit de faire procéder à toute expertise médicale qu'il juge nécessaire pour prendre une décision sur la demande de prise en charge. L'expertise sera réalisée en France métropolitaine, ou dans les DROM auprès d'un médecin expert indépendant missionné par l'Assureur.

Les frais de rapatriement de l'Assuré en France, et de déplacement du médecin expert sont à la charge de l'Assuré. Sauf cas de force majeure, **le refus du libre accès auprès de l'Assuré des Médecins et des Délégués de l'Assureur entraîne la déchéance du droit aux prestations.**

À l'occasion de cette expertise, l'Assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par l'autorité médicale de son choix.

En cas de contestation, le litige est soumis à un contre-expert désigné par l'Assuré qui supporte les frais de cette expertise.

Si le litige ne peut être réglé de cette manière, il est fait appel à un tiers expert agréé par les deux parties (ou en cas de désaccord de celles-ci, par le Président du Tribunal Judiciaire du Siège de l'Assureur) qui tranche souverainement. Les frais et honoraires du tiers expert sont partagés, mais chaque partie conserve à sa charge les frais et honoraires du médecin qui l'assiste.

ARTICLE 22 CONVENTION DE PREUVE

L'ensemble des documents transmis par le Souscripteur, et l'Assuré s'il est différent, sont numérisés dès réception par l'Assureur.

Les parties reconnaissent que les documents numérisés ont, entre elles, la même valeur probante que des originaux, et renoncent expressément à contester la recevabilité, la validité et la force probante de ces documents, du seul fait de leur forme électronique ou de leur transmission par procédé électronique.

ARTICLE 23 PRESCRIPTION

Le délai de prescription est la période au-delà de laquelle aucune action n'est plus opposable.

Conformément aux articles L 114-1 à L 114-3 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

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

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

Cette durée est portée à 10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur. Les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, tout acte d'exécution forcée,

- toute reconnaissance par l'Assureur du droit à garantie de l'Assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'Assuré envers l'Assureur.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par le Souscripteur ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 24 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur, en sa qualité de Responsable de traitement, est amené dans le cadre de l'étude de la demande de contrat d'assurance ou de capitalisation et de l'exécution du Contrat à collecter des données personnelles relatives aux parties et autres personnes concernées par le contrat.

L'Assureur s'engage à ce titre à se conformer, et à faire respecter par ses collaborateurs et sous-traitants, la législation afférente en vigueur, notamment la loi 78-17 modifiée.

Ces données sont exclusivement destinées à l'Assureur, à ses partenaires contractuellement liés, ainsi que le cas échéant, aux autorités administratives et judiciaires.

Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables. Les parties et autres personnes concernées par le contrat bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement relatif aux données les concernant ainsi qu'un droit à la portabilité, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. S'agissant des données collectées exclusivement dans le cadre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

ARTICLE

25

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de ses obligations visant à lutter contre le blanchiment d'argent et contre le financement du terrorisme, l'Assureur peut être amené à interroger les intervenants au contrat (Souscripteur, Assuré, Bénéficiaire, payeurs,...) pour obtenir des informations ou documents complémentaires, au moment de la souscription, en cas de sinistre, mais également en cas de renonciation et de résiliation anticipée du contrat.

ARTICLE

26

IMPÔTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge du Souscripteur.

ASSURANCE DE PRÊT

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ AUX GARANTIES

CE TABLEAU EST FOURNI À TITRE INFORMATIF.
SEULES SONT ACCORDÉES À L'ASSURÉ LES GARANTIES MENTIONNÉES
AUX CONDITIONS PARTICULIÈRES

GARANTIES		CONDITIONS		DÉCÈS	PTIA	IPT	ITT	IPP	OPTION PLUS	PERTE D'EMPLOI
		À la souscription		moins de 85 ans	moins de 70 ans				moins de 65 ans	
Cessation des garanties		90 ^{ème} anniversaire de l'Assuré	70 ^{ème} anniversaire de l'Assuré				65 ^{ème} anniversaire de l'Assuré		67 ^{ème} anniversaire de l'Assuré	
LIEU DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ		France métropolitaine (1) et DROM (2)					✓			
CARACTÉRISTIQUES DU PRÊT	Organisme prêteur	En France					✓			
	Devise	Euros					✓			
Limites d'engagement (tous prêts confondus)		Garantie plafonnée à 1 000 000 €							Garantie plafonnée à 150 000 €	

(1) France continentale, dont la Corse, et par extension les principautés de Monaco et d'Andorre.

(2) Guyane française, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, la Réunion.

PÉRÉNIM

REGROUPEMENT
DE CRÉDITS



www.afi-esca.com

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Entreprise régie par le Code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517.
Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. **Merci d'adresser toute correspondance à : AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.**