

Préambule

La présente note d'information reprend l'intégralité des dispositions, engageant l'assureur et les assurés, du contrat collectif d'assurance à adhésion facultative ASSURANCE EMPRUNTEUR MALAKOFF HUMANIS n°32918 souscrit par l'Association Emprunteur Militant auprès de QUATREM, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte – 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724 Société du groupe Malakoff Humanis et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Pour toute opération, vous devez contacter SECURIMUT, gestionnaire du contrat, au 222 cours Lafayette - 69441 Lyon Cedex 03 Tel : 04 26 22 44 44 - Mail gestion@securimut.fr

Définitions préalables

Pour faciliter la lecture du contrat, le "vous" désigne le ou les Assurés et le "nous" l'Assureur, via son gestionnaire SECURIMUT. Le lexique suivant est à votre disposition pour la compréhension des termes techniques.

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'assuré.

Adhérent : personne dont l'adhésion au contrat a été acceptée, qui adhère aux statuts de l'Association Emprunteur Militant et qui paie les cotisations.

Assuré : personne physique admise à l'assurance sur qui reposent les garanties. Le terme « Assuré » désigne chacun des Assurés mentionnés au Certificat d'adhésion.

Assuré sans activité professionnelle : Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée, y compris les assurés inscrits à Pôle Emploi ou tout autre organisme assimilé, ainsi que les conjoints collaborateurs.

Bénéficiaire : l'organisme prêteur désigné au Certificat d'adhésion pour percevoir les prestations du contrat, sauf accord express de l'organisme prêteur et de l'Adhérent pour la désignation d'un autre bénéficiaire.

Candidat à l'Assurance : Personne physique qui complète et signe une demande d'adhésion destinée à l'Assureur. En cas d'accord d'assurance elle obtiendra la qualité d'Assuré.

Certificat d'adhésion : document remis à l'Adhérent constatant son adhésion au contrat. Il matérialise l'acceptation du risque par l'Assureur, la date d'effet de l'assurance, les prêts couverts, leurs caractéristiques, le capital assuré en cas de décès ou de P.T.I.A. et les mensualités garanties en cas d'I.T.T. ou d'I.P.T. et, le cas échéant, l'existence de conditions particulières.

Date de consolidation : moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'Assuré.

Franchise : période de 90 jours continus d'incapacité de travail non prise en charge.

-Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) : l'Assuré est reconnu en état d'Incapacité Temporaire Totale à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties et avant la date de cessation de la garantie, s'il se trouve temporairement dans l'impossibilité physique ou mentale totale et continue, médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle. L'Assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle au jour du Sinistre est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale s'il est temporairement contraint, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e), d'observer sur prescription médicale, un repos complet, l'obligeant à interrompre toutes ses Occupations habituelles. L'incapacité doit être temporaire et totale et

reconnue par une autorité médicale compétente. L'assureur se réserve le droit de mandater une expertise médicale.

Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) : l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, après la Date de consolidation de son état de santé, si elle intervient avant la date de cessation de la garantie, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale, totale et définitive, médicalement constatée, **d'exercer la profession pratiquée au jour du Sinistre** ;
- s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert que nous mandats, un taux d'invalidité « N » au moins égal à 66%.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) : l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Partielle, après la Date de consolidation de son état de santé, si elle intervient avant la date de cessation de la garantie, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties s'il lui est reconnu par le Médecin-Expert que nous mandats, un taux global d'invalidité « N » supérieur à 33% et inférieur à 66%.

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

Occupations habituelles : activités relevant notamment de la gestion des affaires familiales et personnelles, des travaux domestiques, de la préparation quotidienne des repas, des transports de courses ou d'enfants, de la surveillance d'enfants.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) : l'Assuré est reconnu en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, à la suite d'une Maladie ou d'un Accident garanti(e) survenu(e) postérieurement à la prise d'effet des garanties, et d'une Date de consolidation avant la date de fin de la garantie :

- s'il se trouve dans l'impossibilité physique ou mentale définitive et permanente, médicalement constatée(e) de se livrer à la moindre occupation, ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, **et** - s'il se trouve dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

Quotité : niveau de la garantie couverte pour l'Assuré, exprimée en pourcentage du capital restant dû pour la garantie Décès/P.T.I.A. et de la mensualité du prêt pour les risques I.T.T. / I.P.T. / I.P.P., mentionnée au Certificat d'adhésion.

Rechute : reprise d'un état pathologique donnant lieu à un nouvel état d'Incapacité Temporaire Totale, intervenant dans un délai de 60 jours après la reprise d'activité de l'Assuré suite à une guérison ou consolidation apparente. L'imputation à la pathologie initiale doit être médicalement constatée.

Sinistre : évènement, Maladie ou Accident survenu pendant la durée de validité du Contrat et susceptible de mettre en jeu l'une des garanties prévues au Contrat.

1. L'ADHESION

Objet du contrat

Sous réserve d'acceptation par l'Assureur, le contrat ASSURANCE EMPRUNTEUR MALAKOFF HUMANIS vous permet de souscrire, dans le cadre de prêts immobiliers ou professionnels contractés auprès d'un organisme prêteur, une garantie en cas de décès, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.), d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.), d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) et d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) consécutive à une Maladie ou à un Accident.

1.1. PERSONNES ASSURABLES

Vous devez au moment de la demande d'adhésion :

- Être âgé, au jour de l'adhésion, de plus de 18 ans et de moins de 70 ans pour la garantie décès, de moins de 67 ans pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P. et P.T.I.A. ;

- Ne pas être retraité ou préretraité ayant définitivement cessé vos activités pour les garanties I.T.T. et I.P.T., I.P.P. ;
- Résider en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion). ;
- Avoir contracté un emprunt libellé en euros et rédigé en français, auprès d'un organisme prêteur situé en France, dans l'Union Européenne, en Suisse ou à Monaco. Les prêts en Francs suisses seront convertis en euros au moment de l'adhésion ;
- Ou être caution personne physique d'un tel emprunt, ou être caution en qualité de dirigeant d'une personne morale emprunteuse, et être mentionnée comme telle dans l'offre de prêt,
- Ne pas exercer les professions suivantes :
 - professions du secteur pétrolier avec activités on ou off-shore ;
 - professions avec activités en mer, sur les chantiers navals, dockers, ou professions avec activités sous marines, professions avec manipulation ou transport de produits dangereux (explosifs, corrosifs, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques), hors personnel de laboratoires d'analyses médicales ;
 - professions exercées à l'extérieur de bâtiments à une hauteur supérieure à 20 mètres (grutiers, travail sur échafaudage...);
 - sportifs professionnels, encadrants professionnels d'activités sportives en dehors des établissements scolaires ou universitaires ;
 - professions de secours, sécurité, surveillance, maintien de l'ordre, militaire, convoyeurs de fonds, professions avec port ou manipulation d'armes, pompiers (hors pompiers volontaires) ;
 - professions du cirque, artistes de cinéma ou de télévision, intermittents du spectacle ;
 - professions relatives au travail de la mine, travail souterrain ou en galerie, spéléologues ;
 - professions de pilotage aérien, hors pilotes de lignes régulières de compagnies de transport de passagers situées dans l'OCDE ;
 - professions avec déplacements de plus de 3 mois continus hors Europe et hors pays membres de l'OCDE.

Néanmoins vous pouvez déclarer l'exercice de l'une de ces professions et faire l'objet d'une étude spécifique d'acceptation. Cette acceptation sera explicitée aux conditions particulières qui vous seront remises.

Tant pour l'âge limite à l'adhésion, que pour la cessation des garanties et pour le calcul des cotisations, il est tenu compte de l'âge de l'Assuré à l'adhésion, **calculé par différence exacte de date entre la date d'adhésion et la date de naissance.**

1.2. PRETS ASSURABLES

Le contrat couvre les prêts immobiliers ou professionnels d'une durée minimum de 12 mois et maximum de 30 ans, :

- Prêts amortissables à taux fixe ou variable, y compris les prêts accordés dans le cadre des ventes en état futur d'achèvement,
- Prêts modulables ou à échéance modulable,
- Prêts avec différé d'amortissement d'au maximum 36 mois,
- Prêts in fine ou relais,
- Prêts à taux 0%,
- Prêts à paliers,
- Prêts à remboursements progressifs.

Les nouveaux prêts contractés sont assurables sous réserve de la signature de l'offre de prêt au plus tard dans les 6 mois qui suivent la date d'émission mentionnée au Certificat d'adhésion, et d'un déblocage de fonds au plus tard dans les 36 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt. Les prêts déjà contractés sont assurables sous réserve d'un déblocage des fonds déjà effectué ou à venir dans les 36 mois qui suivent la signature de l'offre de prêt.

1.3. MODALITES D'ADHESION

Lors de l'adhésion, vous devez compléter une demande d'adhésion, répondre au formulaire de déclaration des risques, et sauf exception prévue par l'article L. 113-2-1 du code des assurances, vous devez remplir un questionnaire de santé et, si

besoin, vous soumettre aux formalités médicales, et fournir les informations médicales et financières nécessaires.

Votre admission est conditionnée à notre acceptation à l'issue des formalités d'adhésion. Nous pouvons accepter les garanties, avec ou sans restriction ou majoration de cotisations, les refuser ou les ajourner. En cas d'acceptation, nous vous fournirons un devis contractuel ainsi, qu'en cas d'acceptation avec restriction ou rachat de garanties, des conditions particulières. En cas d'acceptation avec restriction de garanties, vous devrez accepter les conditions particulières en nous les renvoyant signées. Notre décision est valable quatre (4) mois. Si au terme de ce délai, vous n'avez pas signé l'adhésion au contrat d'assurance, les formalités d'adhésion devront être renouvelées.

En cas d'évolution de votre situation avant l'émission du Certificat d'adhésion, modifiant vos réponses au questionnaire des risques, et le cas échéant au questionnaire de santé, vous devez impérativement nous le signaler.

L'acceptation définitive du risque est matérialisée par l'émission du Certificat d'adhésion faisant référence aux conditions particulières d'acceptation.

Sur présentation des factures originales, et dans la limite des sommes mentionnées dans la demande de formalités, nous prenons en charge les frais des examens médicaux demandés, excepté en cas de refus ou de renonciation de votre part de souscrire à une proposition sans restriction ni majoration de cotisations. Nous remboursons ces frais après réception de l'original de la facture et de notre décision restrictive signé ou l'expiration du délai de renonciation en cas d'acceptation sans restriction de notre part.

1.4. CONVENTION AERAS ET GARANTIE INVALIDITE SPECIFIQUE

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

L'objectif de la Convention est de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Elle prévoit notamment un « Droit à l'oubli » dont les conditions d'application sont rappelées à l'occasion des formalités médicales prévues par le contrat.

Garantie Invalidité Spécifique

Comme le prévoit la convention AERAS, dans le cas où vous faites l'objet d'une sélection médicale, si en raison de votre état de santé la garantie IPT ne peut vous être accordée sans restriction, nous étudierons la possibilité de vous accorder la garantie Invalidité Spécifique de la Convention AERAS. Cette garantie vous couvre en cas d'inaptitude professionnelle permanente et consolidée et d'un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% en référence au barème annexé au code des pensions civiles et militaires. Dans l'hypothèse où cette garantie vous est proposée, les conditions de sa mise en jeu sont précisées dans les conditions particulières.

1.5. RENONCIATION

A compter du prélèvement de votre première cotisation d'assurance vous disposez d'un délai de 30 jours pour revenir sur votre décision. Il suffit alors de nous adresser une lettre recommandée avec accusé de réception (électronique ou physique) reprenant la mention suivante : Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à la souscription de mon contrat d'assurance emprunteur n°....., date et signature. La cotisation versée vous est remboursée dans un délai maximum de 30 jours de la réception de la lettre recommandée, et le bénéficiaire en est informé. Au-delà du délai de renonciation, vous pourrez mettre fin au contrat par résiliation selon les dispositions de l'article 1.6. « faculté de résiliation ».

Vous avez la possibilité, à réception de votre certificat d'adhésion, de renoncer à votre faculté de renonciation si la banque le demande pour déblocage les fonds immédiatement, par courrier avec la mention suivante : Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à ma faculté de renonciation à mon contrat d'assurance emprunteur n°... à compter de ce jour, date et signature.

1.6 FACULTE DE RESILIATION

- Pour les prêts immobiliers à caractère non professionnel mentionnés au 1° de l'article L 313-1 du Code de la consommation, à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt conformément à l'article L 113- 12-2 du code des assurances.
- Pour les autres prêts, l'Adhérent peut résilier son adhésion chaque année, en adressant une notification deux mois au moins avant la date d'échéance de l'adhésion.

En cas d'acceptation de la substitution par le prêteur, l'adhésion est résiliée à la plus tardive des 2 dates suivantes :

- Soit dix (10) jours après réception de la décision du prêteur,
- Soit à la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de substitution, l'Assuré devra notifier également au gestionnaire par courrier recommandé ou Lettre recommandée électronique la décision de l'organisme prêteur (article L 313-31 du Code de la consommation) ainsi que la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté en substitution.

En cas de refus de la substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion est maintenue et continue de produire ses effets.

Le courrier doit être adressé à l'adresse suivante : **SECURIMUT, 222 cours Lafayette, 69441 Lyon Cedex 03** ou bien par email : **gestion@securimut.fr**

1.7. INCONTESTABILITE

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

Article L. 113-8 du Code des assurances :

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

Article L. 113-9 du Code des assurances :

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

Article L. 132-26 du Code des assurances :

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

1.8. DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Dès lors que l'Adhésion a pris effet, les garanties prennent effet à la plus tardive des deux dates suivantes : - date d'émission du certificat d'adhésion - date de signature de l'offre de prêt

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt et à la prise d'effet des garanties mais avant que les fonds ne soient débloqués (totalement ou partiellement), l'adhésion au contrat produira tous ses effets s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

À réception de sa demande d'adhésion par l'Assureur, la personne à assurer bénéficiera d'une couverture contre le risque de décès consécutif à un Accident. Cette couverture prendra fin à la date d'émission du Certificat d'Adhésion ou de la lettre de notification de refus de l'Adhésion ; et au plus tard 60 jours après la date de réception de la Demande d'Adhésion par l'Assureur.

Cette garantie est accordée pour le montant du capital assuré, dans la limite de 100 000 € et sous réserve des exclusions énoncées au chapitre 3 « LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES ».

Les garanties vous sont accordées définitivement pour toute la durée du (des) prêt(s), hors toute modification des prêts et des garanties à votre demande (article 6.1) ou cessation des garanties (article 1.9).

1.9. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat cessent :

- en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- en cas de demande de résiliation de la part de l'Adhérent dans les conditions précisées à l'article 1.6 de la présente note ;
- si l'emprunt, objet de l'adhésion, a été entièrement remboursé,
 - en cas de non-paiement des cotisations (article 4.3) ;
 - à l'âge limite de chaque garantie, soit :
 - à votre mise en retraite ou préretraite, c'est-à-dire à la date de liquidation de votre pension retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite ; et au plus tard à votre 67ème anniversaire pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P ;
 - à votre 67ème anniversaire pour la garantie P.T.I.A ;
 - à votre 90ème anniversaire pour la garantie décès ;
- si vous ne donnez pas suite à l'offre de prêt dans le délai imparti (article 1.3) ;
- lors du versement du capital restant dû en cas de Décès ou P.T.I.A ;
- en cas de fausse déclaration, conformément à l'article L.113- 8 du Code des Assurances.

2. LES GARANTIES

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

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

Les prestations sont limitées aux prêts, quotités et garanties stipulées au certificat d'adhésion.

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, la reconnaissance de l'incapacité de travail ou de l'invalidité doit être constatée sur le sol français par une autorité médicale compétente. En cas d'impossibilité de se déplacer pour des raisons médicales documentées, nous pourrions exiger une expertise ou mandater un médecin afin de constater l'état d'incapacité ou d'invalidité.

2.1. GARANTIE EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'Assuré **avant ses 90 ans**, survenu pendant la période de validité de la garantie, et sous réserve des exclusions prévues au chapitre 3 "Limites et exclusions de garanties", nous versons au Bénéficiaire le capital restant dû indiqué au tableau d'amortissement à la date de l'échéance précédant le décès auquel sont ajoutés les intérêts du prêt jusqu'au jour du décès, pondéré de la Quotité assurée et dans la limite des sommes réellement dues à l'organisme prêteur (sont exclus les intérêts à venir, arriérés de paiement et éventuelles pénalités de remboursement anticipé). Ce capital est limité au montant garanti indiqué au Certificat d'adhésion.

Le paiement du capital restant dû en cas de Décès entraîne la fin de toutes les garanties pour l'Assuré concerné et ne pourra donner lieu au versement de prestations au titre d'une autre garantie octroyée par l'Assurance à ce même Assuré.

2.2. GARANTIE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de P.T.I.A. de l'Assuré médicalement constatée **avant ses 67 ans** et pendant la période de validité de la garantie, et sous réserve des exclusions prévues au chapitre 3 "Limites et exclusions de

garanties", nous versons au Bénéficiaire le capital garanti en cas de décès par anticipation à la date de reconnaissance de la P.T.I.A..

La date de reconnaissance de la P.T.I.A. est déterminée par le médecin-conseil de l'Assureur. Conformément à l'article 5.5 « CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE », nous pourrions faire procéder à une expertise médicale.

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

Le capital n'est pas dû si, à la date de reconnaissance de la P.T.I.A., l'Assuré a plus de 67 ans, et ceci même si l'Accident ou la Maladie qui a causé la P.T.I.A. est antérieur. Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties pour l'Assuré concerné.

2.3. GARANTIE EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (I.T.T.) ET INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE (I.P.P./I.P.T.)

Les garanties I.T.T. et I.P.T. sont souscrites conjointement.

Votre état d'I.T.T., I.P.T. ou I.P.P. peut être constaté par le médecin expert que nous mandatons selon la procédure prévue à l'article 5.3 « CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE », sans suivre les décisions de la Sécurité Sociale ou autres organismes assimilés. L'assurance s'applique en cas d'ITT, d'IPT ou d'IPP sous réserve des exclusions prévues au chapitre 3. "LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES", sauf rachat d'une exclusion indiqué au Certificat d'Adhésion.

L'indemnité garantie est forfaitaire, égale aux mensualités venant à échéance mentionnées au tableau d'amortissement produit au jour du Sinistre, dans la limite du montant garanti (pondéré des quotités) mentionné au Certificat d'adhésion et des sommes réellement dues à l'organisme prêteur, au prorata temporis de la période indemnisable du mois.

Sont exclus de la garantie les mensualités du prêt échues et non réglées à cette date, en capital ou en intérêt, ainsi que les frais ou toutes autres pénalités à courir en exécution des clauses du contrat de prêt au jour de la survenance du Sinistre.

La Date de consolidation doit survenir pendant la durée de l'assurance.

2.3.1. Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.):

Si vous vous trouvez en état d' I.T.T., par suite de Maladie ou d'Accident survenu pendant la période de garantie, avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quel qu'en soit le motif, ou d'aggravation d'un état antérieur déclaré et ne faisant pas l'objet d'une restriction de garanties aux conditions particulières, nous vous versons l'indemnité garantie dès la fin de la période de Franchise, soit à compter du **91ème jour d'incapacité de travail continu** et au maximum pendant 1095 jours. Au-delà, une étude de prise en charge au titre de l'I.P.T ou de l'I.P.P sera réalisée.

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

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article 1.9 « CESSATION DES GARANTIES », vos prestations cessent également en cas de :

- Reconnaissance, suite à une expertise médicale, du fait que vous n'êtes plus en état d'I.T.T.,
- Reprise de votre part, totalement ou partiellement, d'une activité professionnelle rémunérée quelconque, sauf en cas de reprise d'une activité professionnelle rémunérée à temps partiel pour motif thérapeutique;
- Reconnaissance d'un état d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ouvrant droit au versement du capital restant dû au jour de la reconnaissance.

En cas de Rechute vous plaçant à nouveau en état d'I.T.T. pour les mêmes raisons médicales que celles de l'I.T.T. précédente dans les soixante (60) jours qui suivent la fin d'une précédente indemnisation, nous ne ferons pas application à nouveau de la Franchise.

Si à la suite d'une période d'I.T.T. indemnisée, vous reprenez une activité professionnelle à temps partiel thérapeutique, nous n'appliquerons pas de nouvelle période de Franchise et nous vous verserons une indemnité d'un montant égal à 50% de l'indemnité garantie prévue en cas d'I.T.T., pendant une durée maximum de 180 jours.

2.3.2. Invalidité Permanente Totale (I.P.T) ou Partielle (I.P.P.):

Note d'information du contrat n°32 918 au contrat d'assurance des emprunteurs -- Ref. MH20220601

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

a. Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est mesuré par le médecin-expert que nous mandatons. Il résulte du croisement d'un taux d'incapacité fonctionnelle et d'un taux d'incapacité professionnelle, selon le tableau ci-dessous.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi en dehors de toute considération professionnelle et est basé sur la diminution de capacité consécutive au sinistre, en référence au dernier barème médical de droit commun du « concours médical ». Le taux d'incapacité professionnelle est établi en tenant compte de la profession exercée au jour du sinistre et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Pour les Assurés sans activité professionnelle au jour du Sinistre, le taux d'invalidité sera fixé sur la base du seul taux d'incapacité fonctionnelle.

TAUX D'INCAPACITÉ:(1) fonctionnelle, (2) professionnelle									
(1)	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2)									
10				29%	33%	37%	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%
50	27%	36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60	29%	38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70	30%	40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80	32%	42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90	33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100	34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	92%	100%

Par exemple, pour un taux d'incapacité fonctionnelle de 70% et un taux d'incapacité professionnelle de 80%, d'après le tableau, le taux d'invalidité permanente qui détermine le droit aux prestations et leur montant, est de 73%, donc supérieur au taux de reconnaissance contractuel d'une I.P.T.

b. Invalidité Permanente Totale (I.P.T.)

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T. doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le 67ème anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

c. Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.)

Cette garantie ne vous est attribuée qu'en cas de souscription des garanties I.T.T. et I.P.T., et si elle est nécessaire à l'atteinte de l'équivalence du niveau de garantie exigé par l'organisme prêteur. **Si cette garantie vous a été accordée, elle figure dans les garanties complémentaires mentionnées sur votre Certificat d'adhésion.**

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.P. doit être consolidée avant la date de liquidation des droits à la préretraite ou à la retraite quelle qu'en soit le motif, et au plus tard avant le 67ème anniversaire de l'Assuré en cas de poursuite de manière effective d'une activité professionnelle rémunérée.

Nous prenons alors en charge (n-33)/66 de l'indemnité garantie.

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article 1.9 « CESSATION DES GARANTIES », les prestations en cas d'I.P.P. cessent :

- En cas de reconnaissance d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'indemnisation à ce titre ;
- Dès que votre taux d'invalidité est inférieur à 33% ou supérieur ou égal à 66%. Dans ce dernier cas, une étude de prise en charge au titre de l'I.P.T. sera réalisée.

Pendant ou à la suite d'une période d'I.T.T ou d'I.P.T. /I.P.P., aucune modification du plan d'amortissement du prêt ne peut être prise en compte sans notre accord.

En aucun cas la prise en charge ne pourra être supérieure aux mensualités de remboursement dues à l'organisme prêteur.

Un remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non, autre que l'amortissement régulier déclaré, n'est pas pris en charge dans le cadre de la garantie I.T.T., I.P.T et I.P.P. Ainsi toute mensualité de remboursement supérieure de deux fois à la précédente et la suivante sera prise en charge dans la limite du maximum des deux mensualités adjacentes. En particulier, pour les prêts in fine ou relais, la garantie n'inclut pas la prise en charge de la dernière échéance (remboursement du capital).

Les prestations en cas d'I.T.T., d'I.P.T et d'I.P.P cessent d'être versées en cas de reprise totale ou partielle d'une activité, à la date de liquidation de votre pension retraite, de pré-retraite ou la mise en place d'un cumul emploi-retraite et au plus tard à vos 67 ans.

2.4. CO-EMPRUNTEURS ET CAUTIONS ASSURES

En cas de Décès, de P.T.I.A., d'I.T.T., d'I.P.T. ou d'I.P.P des coemprunteurs et/ ou cautions Assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt, ne peut excéder le montant des sommes dues à l'organisme prêteur pour la même période.

Pour ce qui concerne les cautions, en cas d'I.T.T., d'I.P.T ou d'I.P.P, le montant des prestations n'est servi que dans la mesure où la caution a été appelée en garantie et a effectué des paiements à l'organisme prêteur préalablement à la date de survenance de l'incapacité de travail, le débiteur principal étant insolvable.

3. LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Les garanties sont accordées sous réserve des limites et exclusions suivantes :

3.1 EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Sont exclus les Sinistres en cours au jour de la date de prise d'effet des garanties.

- Lorsque l'Assuré a fait l'objet d'une sélection médicale lors de son adhésion, ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant des suites et conséquences d'Accidents, de Maladies préexistantes ou résultant de l'aggravation d'un état préexistant à l'admission, sauf si ceux-ci ont été déclarés par la personne à assurer et n'ont pas été exclus par l'Assureur lors de l'acceptation de l'Adhésion (sous réserve de la réglementation relative au « droit à l'oubli » prévue par la Convention AERAS).

En complément des exclusions qui précèdent, ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant :

- La participation de l'Assuré à toute guerre civile ou étrangère, tout duel, rixe, acte de terrorisme ou de sabotage, attentat, émeute ou mouvement populaire, délit ou acte criminel (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger) quel que soit le lieu où se déroulent ces événements ou les protagonistes,
- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome. Toutefois, ces effets sont pris en charge lorsqu'ils sont la conséquence d'un fonctionnement défectueux d'instruments médicaux ou d'une fausse manœuvre ou erreur dans leur utilisation, et que l'Assuré est le patient,
- Les Accidents dont l'Assuré est reconnu responsable alors qu'il conduit un engin motorisé sans permis valide au jour du Sinistre ou qu'il conduit en état d'ivresse au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la route français ou du pays où a lieu l'Accident,
- Les suites et conséquences de l'usage de drogues, de produits stupéfiants ou de substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites d'une prescription médicale,
- La manipulation par l'Assuré d'engins de guerre et, dès lors que leur détention est interdite, la manipulation d'armes, de feux d'artifice de classe K4, d'explosifs,

- Les suites et conséquences de la participation à des compétitions, démonstrations ou paris, à des tentatives de records, à des acrobaties, à des essais préparatoires ou de réception d'un engin motorisé ou non, à des vols en prototype, à des vols acrobatiques, à de la voltige aérienne ou à des raids,
- Les accidents de navigation aérienne lorsque le pilote (pouvant être l'Assuré) ne possède pas de brevet/licence ou possède un brevet/licence périmés ou ne correspondant pas au type d'appareil utilisé, et/ou si le véhicule aérien homologué ou non, motorisé ou non, ne dispose pas de certificat valable de navigabilité ou en est dispensé (exemples : parachute, kitesurf, deltaplane, parapente, ULM, aile volante...).
- La pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive en France,
- La pratique sportive à titre professionnel et / ou à titre amateur rémunérée,
- Le saut à l'élastique, le slackline, le base jump, le VTT de descente
- Les sports nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien (à moteur, à aile ou à voile),
- Les sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur

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

3.2 LIMITES ET EXCLUSIONS SPECIFIQUES A LA GARANTIE DECES

Le suicide de l'Assuré au cours de la première année qui suit la date de l'Adhésion. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite du plafond fixé par la réglementation en vigueur (article L. 132-7 du Code des Assurances issue de la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001), lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.

3.3 LIMITES ET EXCLUSIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES P.T.I.A., I.T.T., I.P.T. et I.P.P.

Spécifiquement pour les garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P et P.T.I.A., sont exclues les suites et conséquences des affections et situations suivantes :

- Les suites et conséquences d'Accidents, de Maladies, d'invalidité, d'infirmités, de tentatives de suicide ou de blessures relevant du fait intentionnel de l'Assuré,
- Les affections psychiatriques : les troubles psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les psychoses, les états dépressifs et dépressions de toute nature, les troubles de la personnalité et/ou du comportement, les troubles de l'alimentation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles délirants, les troubles d'aliénation mentale les états de stress aigus et chroniques (syndromes de stress post-traumatique), le surmenage, le burnout, les troubles bipolaires), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 29 jours continus,
- Les affections discale et/ou vertébrale, para vertébrale, et leurs complications musculaires et ligamentaires, sauf si cette affection a nécessité une intervention chirurgicale, ou si elle donne lieu à une Hospitalisation de plus de 5 jours continus,
- Le syndrome de fatigue / asthénie chronique, la fibromyalgie, le syndrome polyalgique idiopathique diffus, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation de plus de 29 jours continus,
- Le congé légal de maternité de la sécurité sociale, que l'assurée y soit assujettie ou non,
- Les traitements de la stérilité et les grossesses précieuses.
- Les séjours ou cures de toute nature effectués en tout type d'établissement, hospitalier ou non, lorsqu'ils ne sont pas en relation directe avec le traitement d'une Maladie ou d'un Accident couverts par l'Adhésion,

- **Les interventions ou traitements esthétiques et plastiques autres que la chirurgie reconstructrice consécutive à une Maladie ou un Accident garanti au contrat,**

3.4. RISQUES RACHETABLES :

Certains risques répertoriés ci-dessus, s'ils sont nécessaires à l'équivalence du niveau de garantie exigé par l'organisme prêteur, peuvent être assurés s'ils sont déclarés à l'assureur et acceptés par lui moyennant des conditions spécifiques. **Dans ce cas, le Certificat d'adhésion ou les conditions particulières stipulent expressément cette prise en charge.**

Ces risques concernent :

- a) les sports exclus pratiqués par l'emprunteur à l'adhésion au contrat et déclarés par lui. Leur acceptation figure alors en condition particulière après étude et acceptation de l'assureur.
- b) Les pathologies dorso-vertébrales et psy :
 - les exclusions relatives aux affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques ou névrotiques, psychoses, états dépressifs et dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles délirants qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation de plus de 29 jours,
 - les exclusions relatives aux atteintes discales et / ou vertébrales et / ou radiculaires, qui ne nécessitent pas une hospitalisation d'au moins 6 jours continus ou une intervention chirurgicale.

Si pour répondre aux exigences de l'organisme prêteur, ces exclusions sont rachetées, cette extension de garantie figure au Certificat d'adhésion sous l'appellation "Rachat des exclusions dorsales et psychiatriques".

4. LES COTISATIONS

4.1. TARIF

Les cotisations - tous frais et taxes compris - sont calculées sur le montant du capital restant dû et sont fixées en fonction des informations déclarées à l'Adhésion et notamment de la date de naissance de l'Assuré, de sa catégorie socioprofessionnelle, de la Quotité assurée, des garanties et des options souscrites ainsi que des éventuelles conditions particulières.

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

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

4.2. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable par prélèvement bancaire mensuel.

4.3. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations du contrat, aux échéances fixées. Conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, le gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée avec accusé de réception de mise en demeure de payer. Si dans un délai de 40 jours suivant l'envoi de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'Adhésion au contrat se trouvera de plein droit résiliée. L'organisme prêteur sera systématiquement informé en cas de mise en demeure de l'Adhérent pour non-paiement des cotisations.

5. LES PRESTATIONS (FORMALITES EN CAS DE SINISTRE)

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

L'Assureur n'est pas lié par les décisions des organismes sociaux (Sécurité sociale ou autres) ou, le cas échéant, du

médecin qui établit le certificat médical. Il reste libre de l'appréciation du Sinistre.

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

5.1. PREALABLE REQUIS A TOUTE INDEMNISATION EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE OU D'INVALIDITE

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

• **Lorsqu'il est assujéti à la Sécurité sociale ou à un organisme assimilé,**

o En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré dans la 3ème catégorie d'invalides ou d'une rente d'invalidité dont le taux est égal à 100 % avec majoration de la rente pour assistance viagère d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, o En cas d'Invalidité Permanente Totale, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2ème catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66%,

o En cas d'Invalidité Permanente Partielle, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 1ère catégorie ou d'une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33% et inférieur à 66%, o En cas d'Invalidité Spécifique, de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité correspondant au classement de l'Assuré parmi les invalides de 2ème ou 3ème catégorie pour les salariés ou d'une mise en congé longue maladie pour les fonctionnaires.

• **Lorsqu'il n'est pas assujéti à la Sécurité sociale,**

o S'il est affilié à un organisme social, d'un document attestant la reconnaissance par son organisme d'affiliation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle, o Sinon d'un certificat médical établi par son médecin traitant.

o En cas d'Invalidité Spécifique, la notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession pour les non-salariés

Il est précisé que les pièces émanant de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ou de tout autre organisme professionnel ne permettent pas de justifier d'un état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité.

5.2. DELAI DE DECLARATION ET PIECES A FOURNIR

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à l'Assureur dans un délai de cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à l'Assureur dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Permanente Partielle, d'Invalidité Permanente Totale ou d'Invalidité Spécifique, l'Assuré devra le déclarer à l'Assureur dans les cent quatre-vingts (180) jours qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, sauf dans les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En cas de décès, le Bénéficiaire ou les ayants droit de l'Assuré doivent en informer l'Assureur dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire à l'adresse suivante:

SECURIMUT, 222 cours Lafayette 69441 LYON cedex 03

Le gestionnaire adressera alors les documents nécessaires à la constitution du dossier. Il s'agit notamment de faire parvenir au gestionnaire le tableau d'amortissement du prêt garanti arrêté à la date de survenance du Sinistre.

Dans tous les cas, indiquer le numéro du contrat d'assurance, accompagnés – selon le cas – des pièces justificatives suivantes :

	Pieces demandées
Décès	- La copie d'une pièce d'identité de l'Assuré, - L'original de l'acte intégral de décès de l'Assuré, - En cas de décès accidentel, un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès,
PTIA et GIS	- La pièce justificative demandée au paragraphe 5.1
ITT	- S'il est assujéti à la Sécurité sociale, un organisme assimilé ou à un autre organisme social, les décomptes de règlement des indemnités journalières, - S'il est sans profession tel que défini au paragraphe « Définition préalables », un certificat médical du médecin traitant attestant que son état de santé nécessite un repos complet, médicalement constaté, qui l'oblige temporairement à interrompre toutes ses Occupations de la Vie Quotidienne, - Une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la Société Civile Immobilière qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations, - Dans le cas de prolongations de l'incapacité, les copies des certificats médicaux correspondants ou le cas échéant, un certificat médical de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique.
IPT et IPP	- La pièce justificative demandée au paragraphe 5.1 - Une attestation de l'Organisme Prêteur autorisant l'Assuré ou, le cas échéant, la Société Civile Immobilière qui a adhéré au contrat à percevoir les prestations,

A réception de l'ensemble des pièces demandées ci-avant, l'Assureur renvoie selon la nature du Sinistre un certificat de décès ou un certificat d'incapacité de travail à faire compléter par le médecin traitant de l'Assuré.

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

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

En cas de non transmission des justificatifs nécessaires à la continuation des prestations lorsqu'une des garanties a été mobilisée ou est susceptible d'être mobilisée, ou en cas de refus de votre part de vous soumettre au contrôle ou expertise diligenté par l'assureur, il sera mis fin au versement des prestations.

5.3. CONTROLE MEDICAL - ARBITRAGE

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

L'Assureur se réserve le droit de :

- contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- contester les conclusions des certificats médicaux qui lui sont fournis,
- provoquer une contre-visite à ses frais par l'un de ses médecins pour tout Assuré malade ou accidenté, en présence, le cas échéant, et aux frais de l'Assuré, de son médecin traitant.
- convoquer l'Assuré en France métropolitaine afin de constater médicalement tout Accident ou Maladie survenu hors de France métropolitaine

Les médecins de l'Assureur doivent avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de contrôler son état de santé, étant précisé qu'en cas de contrôle, le service des prestations est interrompu jusqu'à réception des conclusions des médecins.

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

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

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

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

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

5.4. FAUSSE DECLARATION

Il est rappelé que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de la part de l'Assuré ou de ses ayants-droit, de même que la production de documents inexacts ou mensongers quant à la date, et/ou aux circonstances du Sinistre, entraînent la déchéance de tout droit aux garanties du contrat pour le Sinistre en cause.

6. DISPOSITIONS GENERALES

6.1. MODIFICATIONS EN COURS DE CONTRAT

Modifications de la situation de l'Assuré : Sans préjudice des dispositions de l'article 6.3 « LOI "INFORMATIQUE ET LIBERTES" » les modifications de la situation personnelle de l'Assuré en cours de contrat n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions. Toutefois, vous êtes tenu de nous informer de tout changement de domicile, à défaut les courriers que nous vous transmettrons à votre dernier domicile seront réputés avoir été reçus.

Modification du (des) prêt(s) : Afin d'établir l'avenant à votre contrat d'assurance, vous devez nous informer de toute modification des caractéristiques du prêt en cours de contrat à votre initiative (hors toute évolution mécanique prévue à l'offre de prêt d'ores et déjà systématiquement couverte) telle qu'un remboursement anticipé partiel, une renégociation de taux, une modification de la durée du prêt et des remboursements. Cette information peut être prise en charge par le Bénéficiaire du contrat.

Si cette information intervient dans les 3 mois suivant la modification et qu'elle génère une baisse des cotisations d'assurance, une régularisation des cotisations trop perçues sera intégrée à votre avenant. Au delà, aucune régularisation au titre du passé ne pourra être exigée.

En cours de contrat, vous pouvez nous faire part de toute modification de votre tableau d'amortissement pour disposer d'un avenant à votre contrat.

Modification des garanties : aucune diminution de garantie demandée par l'Adhérent ne pourra être effectuée sans le consentement de l'organisme prêteur. En cas d'augmentation des Quotités ou des garanties en cours de contrat, l'Assuré concerné devra satisfaire aux formalités médicales, le cas échéant.

6.2 PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Article L. 114-2 du Code des assurances

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

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),

- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du

Code civil),

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

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

Article L. 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 ».**

Article L. 192-1 du Code des assurances

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

6.3 LOI "INFORMATIQUE ET LIBERTES"

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'Adhérent et l'Assuré reconnaissent

avoir été informés par Quatrem, 21 rue Laffitte – 75009 Paris, organisme assureur et responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que Quatrem a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@securimut.fr ou par courrier : SECURIMUT, Pôle Informatique et Libertés, 222 cours Lafayette 69441 Lyon Cedex 03.

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

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

L'assureur s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'Adhérent et de l'Assuré pour d'autres finalités que celles précitées. L'Adhérent et l'Assuré reconnaissent que la collecte et le traitement de leurs données à caractère personnel sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'Adhésion au contrat.

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

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

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

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

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

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

Quatrem et ses partenaires s'engagent :

- À prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'Adhérent et de l'Assuré ;

- À notifier à la CNIL et informer l'Adhérent et l'Assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

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

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

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de leur identité, par email à dpo@securimut.fr ou par courrier à SECURIMUT, DPO, 222 cours Lafayette 69441 Lyon Cedex 03.

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

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

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

6.4. RECLAMATIONS - MEDIATION

L'Adhérent et l'Assuré peuvent formuler toute réclamation concernant l'Adhésion au Courtier gestionnaire qui les aidera à rechercher une solution.

Le Pôle Réclamations peut être contacté par courrier à l'adresse suivante :

**Service Clients
SECURIMUT, 222 cours Lafayette,
69441 Lyon Cedex 03**

Si un accord n'est pas trouvé, l'avis d'un médiateur peut être demandé. Le médiateur, personnalité extérieure à Quatrem, rend son avis en

toute indépendance. Pour saisir la Médiation de l'Assurance, l'Adhérent ou l'Assuré doit adresser son dossier à l'adresse suivante : **La Médiation de l'Assurance – TSA 50 110 – 75441 Paris cedex 09** ou par voie électronique sur le site internet : www.mediation-assurance.org

En cas de difficultés liées au fonctionnement ou au non-respect des dispositions de la Convention AERAS, l'Assuré pourra s'adresser à la **Commission de Médiation, 4 place de Budapest - CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09**, qui l'aidera à rechercher une solution amiable du dossier.

6.5. LEGISLATION

Toute modification à intervenir sur la législation relative à l'assurance des emprunteurs ou ayant des répercussions sur le présent contrat est de plein droit applicable au jour de son entrée en vigueur.

6.6. DROIT APPLICABLE

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

6.7. MENTIONS LEGALES

Quatrem : Entreprise régie par le Code des assurances, Société Anonyme au capital de 510 426 261 €, 21 rue Laffitte – 75 009 Paris, RCS Paris 412.367.724 Société du groupe Malakoff Humanis et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

SECURIMUT : SAS au capital de 200 000 €, RCS Lyon 487 899 148, à Directoire et Conseil de Surveillance, inscrite à l'ORIAS sous le n°07005662. Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L.512-7 et L.512-6 du Code des assurances. Siège social : 222 cours Lafayette - 69441 Lyon Cedex 03